

FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE NACHSORGE IN BAYERN:

EINE UNTERSUCHUNG ZU DELIKTRÜCKFÄLLEN UND
PROGNOSEFAKTOREN BEI BEDINGT ENTLASSENEN
MAßREGELVOLLZUGSPATIENTEN (§§ 63, 64 STGB)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Fakultät für Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaft
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Matthias Butz

aus
Kaufbeuren

2016

Regensburg, 2016

Gutachter (Betreuer): Prof. Dr. K. W. Lange

Gutachter: PD. Dr. A. Mokros

INHALTSVERZEICHNIS

0	EINLEITUNG	7
1	HINTERGRUND.....	9
1.1	Forensisch-psychiatrische Nachsorge als Teil des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland.....	9
1.1.1	Das System Maßregelvollzug im Überblick.....	9
1.1.1.1	Rechtliche Grundlagen.....	9
1.1.1.1.1	Unterbringung.....	9
1.1.1.1.2	Zielsetzung und Zweck der Maßregeln	11
1.1.1.1.3	Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug	11
1.1.1.1.4	Forensische Nachsorge und forensisch-psychiatrische Ambulanzen	13
1.1.1.2	Historische Entwicklung des Maßregelvollzugssystems	15
1.1.1.3	Jüngere Entwicklungen und aktueller Stand des stationären Maßregelvollzugs in Zahlen.....	17
1.1.2	Forensisch-psychiatrische Ambulanzen und forensische Nachsorge.....	19
1.1.2.1	Notwendigkeit forensisch-psychiatrischer Ambulanzen	19
1.1.2.1.1	Kapazitäts- und fiskalische Aspekte	19
1.1.2.1.2	Aspekte der Sicherheit.....	21
1.1.2.1.3	Therapeutische und Rehabilitationsaspekte.....	22
1.1.2.1.4	Unzureichende Nachsorge durch vorhandene Versorgungsstrukturen.....	22
1.1.2.2	Historische Entwicklung und aktueller Stand forensisch- psychiatrischer Ambulanzen in der BRD.....	23
1.1.2.3	Effektivität forensisch-psychiatrischer Ambulanzen – Forschungsergebnisse aus der BRD	25
1.1.2.3.1	Studien bei Patienten gem. § 63 StGB.....	26
1.1.2.3.1.1	Studien bei Stichproben mit forensisch-psychiatrischer Nachsorge (§ 63 StGB).....	27
1.1.2.3.1.2	Studien bei Stichproben ohne forensisch-psychiatrische Nachsorge (§ 63 StGB).....	27

1.1.2.3.2	Studien bei Patienten gem. § 64 StGB.....	28
1.1.2.3.3	Zusammenfassung und Fazit des aktuellen Forschungsstandes.....	30
1.1.2.3.4	Zu Auskünften aus dem Bundeszentralregister als Kriterium für deliktische Rückfälligkeit	31
1.1.2.4	Forensisch-psychiatrische Nachsorge im Freistaat Bayern	33
1.1.2.4.1	Konzeptualisierung und erstes bayerisches Modellprojekt	33
1.1.2.4.2	Ausweitung und zweites bayerisches Modellprojekt.....	34
1.1.2.4.3	Flächendeckende Etablierung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen im Freistaat Bayern	37
1.1.2.4.4	Aktueller Stand forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in Bayern	39
1.2	Forensische Risikoprognose.....	41
1.2.1	Definitorisches und Zweck.....	41
1.2.2	Arten von Prognosemethoden.....	43
1.2.3	Prognosefaktoren	44
1.2.3.1	Statische und dynamische Risikofaktoren	44
1.2.3.2	Forschungsergebnisse zu Prognose und Rückfälligkeit	46
1.2.3.2.1	Studienlage und -Auswahl	46
1.2.3.2.2	Ausgewählte Prognose-Instrumente	47
1.2.3.2.3	Forschungsergebnisse zu Prognose-Instrumenten	52
1.2.3.2.3.1	Studien mit gemischten Stichproben	52
1.2.3.2.3.2	Studien mit Stichproben psychisch kranker Straftäter	55
1.2.3.2.4	Studien zu einzelnen Prognosefaktoren und -bereichen	56
1.2.3.2.4.1	Studien mit gemischten Stichproben	56
1.2.3.2.4.2	Studien mit Stichproben psychisch kranker Straftäter	58
1.2.3.2.4.3	Studien zu psychisch kranken Straftätern in ambulanter Behandlung	61
1.2.3.2.4.4	Studien mit Stichproben von Straftätern mit Suchtmittelproblematik	64
1.2.3.2.5	Zusammenfassung des Forschungsstandes: Relevante Bereiche von Prognosefaktoren	65
1.3	Fragestellungen.....	68
1.3.1	Effektivität forensisch-psychiatrischer Nachsorge anhand von Rückfälligkeit.....	68

1.3.2	<i>Prognosefaktoren für Patienten in forensisch-psychiatrischer Nachsorge</i>	69
2	METHODEN	71
2.1	Datenerhebung	71
2.1.1	<i>Strukturierte Fragebögen in den Kliniken</i>	71
2.1.2	<i>Bundeszentralregister-Auskünfte und allgemeine Daten zu den beteiligten Ambulanzen</i>	74
2.2	Rechtlich-ethische Rahmenbedingungen und Datenübermittlung	75
2.3	Datenauswertung	76
2.3.1	<i>Daten zu Rückfallquoten und Effektivität forensisch-psychiatrischer Ambulanzen</i>	76
2.3.2	<i>Daten zur Rückfallprognose</i>	78
2.4	Stichprobe	84
2.4.1	<i>Probandenakquise und Stichprobenauswahl</i>	84
2.4.2	<i>Kennwerte der Stichproben</i>	85
2.4.3	<i>Stichprobenvergleiche mit anderen Studien bedingt entlassener Maßregelvollzugspatienten</i>	89
3	ERGEBNISSE	94
3.1	Deliktische Rückfälligkeit und Wirksamkeit forensisch-psychiatrischer Nachsorge	94
3.1.1	<i>Patienten gem. § 63 StGB</i>	94
3.1.2	<i>Patienten gem. § 64 StGB</i>	95
3.2	Prognosefaktoren für deliktische Rückfälligkeit	95
3.2.1	<i>Patienten gem. § 63 StGB</i>	95
3.2.1.1	Statische Prognosefaktoren	96
3.2.1.1.1	Univariate Analysen	96
3.2.1.1.2	Multivariates Modell	99
3.2.1.2	Dynamische Prognosefaktoren	101
3.2.1.2.1	Univariate Analysen	101
3.2.1.2.2	Multivariates Modell	103

3.2.2 Patienten gem. § 64 StGB.....	104
3.2.2.1 Statische Prognosefaktoren	104
3.2.2.1.1 Univariate Analysen	104
3.2.2.1.2 Multivariates Modell	110
3.2.2.2 Dynamische Prognosefaktoren	112
3.2.2.2.1 Univariate Analysen	112
3.2.2.2.2 Multivariates Modell	116
4 DISKUSSION	119
4.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	119
4.1.1 Deliktische Rückfälligkeit.....	119
4.1.2 Prognosefaktoren	120
4.1.2.1 Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB).....	120
4.1.2.2 Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (§ 64 StGB).....	121
4.2 Zusammenschau mit früheren Studien.....	124
4.2.1 Deliktische Rückfallquoten und Wirksamkeit forensisch- psychiatrischer Nachsorge	124
4.2.2 Prognosefaktoren bei Maßregelvollzugspatienten	126
4.2.2.1 Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB).....	126
4.2.2.2 Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (§ 64 StGB).....	129
4.3 Limitationen und Kritik.....	133
4.4 Fazit und praktische Implikationen	137
4.5 Ausblick	141
5 ZUSAMMENFASSUNG	145
6 LITERATUR	148
7 ANHANG.....	167

0 EINLEITUNG

Forensisch-psychiatrische Nachsorge ist zu einem festen Teil des Maßregelvollzugs (MRV) in der Bundesrepublik Deutschland geworden. Seit den ersten Modellprojekten zur Nachsorge bedingt entlassener Maßregelvollzugspatienten¹ in den 1980er Jahren sind forensisch-psychiatrische Ambulanzen bis heute zu einer etablierten Institution avanciert, die seit dem Jahr 2007 in der Bundesgesetzgebung verankert ist (Beß, 2010; Freese, 2010). In Bayern wird forensisch-psychiatrische Nachsorge seit 2009 flächendeckend an 13 Standorten betrieben. Zur Frage des Nutzens spezialisierter forensischer Nachsorge sind drei Aspekte anzuführen (Freese, 2003b): Erstens sollen durch Begleitung und dadurch stärkere Kontrolle von Maßregelvollzugspatienten nach der Entlassung aus dem stationären MRV deliktische Rückfälle verhindert und so die Sicherheit der Bevölkerung erhöht werden. Zweitens spielen fiskalische Überlegungen eine Rolle, insbesondere da sich die Belegungszahlen und Aufenthaltsdauern der stationären Maßregelvollzugskliniken in Deutschland seit Ende des letzten Jahrhunderts stark erhöht haben. Durch deutlich kostengünstigere ambulante Nachsorge sollen stationäre Aufenthaltsdauern verkürzt und somit finanzielle Mittel eingespart werden. Drittens soll den Patienten nach langen Aufenthaltsdauern im stationären MRV durch anschließende ambulante Behandlung und Unterstützung die Reintegration in ein Leben in Freiheit erleichtert werden (Pozsár, 2001; Seifert, Schiffer, Bode & Schmidt-Quernheim, 2005; Stübner & Nedopil, 2009).

Während zu den Aspekten der Kostenreduktion und der verbesserten Chancen auf soziale Reintegration bisher lediglich Schätzungen bzw. noch keine empirischen Daten vorliegen (Butz, Mokros & Osterheider, 2013; Freese, 2003a; Müller-Isberner, 1996), zeigte sich in verschiedenen Modellprojekten zu forensisch-psychiatrischer Nachsorge, die sich meist auf Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) aus einzelnen Kliniken bezogen (z. B. Butz et al., 2013; Seifert et al., 2005; Stübner & Nedopil, 2010), dass Patienten, die nach der Entlassung aus dem stationären MRV ambulante Nachsorge erhalten, deutlich seltener deliktisch rückfällig wurden, als dies bei Maßregelvollzugspatienten ohne Nachsorge beobachtet wurde (s. z. B. Jehle, Heinz &

¹ Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit werden im Falle allgemeiner Bezeichnungen für bestimmte Personengruppen die neutral aufzufassenden, grammatikalisch männlichen Formen verwendet. Gemeint sind hiermit jedoch stets männliche und weibliche Personen gleichermaßen (z. B. „Patienten“ für Patientinnen und Patienten).

Sutterer, 2003; N. Leygraf, 1998). Für abhängigkeiterkrankte Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) in systematischer Nachsorge existieren bisher jedoch keine Studien zu Deliktrückfällen. Ebenso stehen für Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) in Nachsorge umfangreichere Untersuchungen aus, die sich über einzelne Kliniken bzw. Modellprojekte hinausgehend auf größere Regionen bzw. größere Anzahlen forensisch-psychiatrischer Ambulanzen beziehen.

Im Bereich der forensischen Psychiatrie besteht ferner eine lange und umfangreiche Forschungstradition zu Prognosefaktoren bei Straftätern, d. h. Prädiktoren zur Vorhersage künftiger Delikte. Entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse sollen einer Optimierung diagnostisch-gutachterlicher Entscheidungen bzgl. der Gefährlichkeit von Straftätern dienen, aber auch einer bestmöglichen, d. h. risiko- und bedürfnisorientierten Behandlung forensischer Patienten (Andrews & Bonta, 2010; Kröber, Dölling, Leygraf & Saß, 2006). In zahlreichen Studien und Metaanalysen wurden statische (also unveränderliche) und dynamische (d. h. veränderliche bzw. beeinflussbare) Merkmale von Straftätergruppen erfasst, die Zusammenhänge zu späteren erneuten Delikten aufweisen. Hierzu existieren fundierte Erkenntnisse für psychisch kranke Straftäter im Allgemeinen (z. B. Bonta, Law & Hanson, 1998) sowie (in geringerem Umfang) spezifisch auch für Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB (z. B. Seifert, 2007a) und § 64 StGB (z. B. Gericke & Kallert, 2007). Allerdings beziehen sich die Studien zu Maßregelvollzugspatienten bisher fast ausschließlich auf Patienten, die nach der Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug keine oder keine systematische Nachsorge erhielten. Zu Risikofaktoren bei psychiatrisch gestörten Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB) in ambulanter Behandlung existiert bis dato lediglich eine Studie aus Nordrhein-Westfalen (Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014), zu Prognosefaktoren bei abhängigkeiterkrankten Patienten (§ 64 StGB) in ambulanter Nachsorge gibt es bis dato keine empirischen Erkenntnisse. Aussagekräftige Befunde zu Prognosefaktoren bei Maßregelvollzugspatienten in forensisch-psychiatrischer Nachsorge, die sich womöglich von den bekannten Prognosefaktoren aus den früher untersuchten Stichproben unterscheiden könnten, stehen somit noch aus.

Die vorliegende Untersuchung soll erstens neue Erkenntnisse zur Rückfälligkeit von Maßregelvollzugspatienten in forensisch-psychiatrischer Nachsorge erbringen. Sie bezieht sich auf Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) und erstmals abhängigkeiterkrankte Patienten (§ 64 StGB) aus einem gesamten Bundesland (Bayern) nach flächendeckender Etablierung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen. Darüber hinaus werden Prognosefaktoren bei Maßregelvollzugspatienten (§§ 63, 64 StGB) in forensisch-psychiatrischer Nachsorge untersucht, wozu bisher keine ausreichenden empirischen Erkenntnisse vorliegen.

1 HINTERGRUND

1.1 Forensisch-psychiatrische Nachsorge als Teil des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland

1.1.1 Das System Maßregelvollzug im Überblick

1.1.1.1 Rechtliche Grundlagen

1.1.1.1.1 Unterbringung

Das deutsche Maßregelvollzugssystem² beruht juristisch grundlegend auf den Paragraphen zur Unterbringung des Strafgesetzbuches (§§ 63, 64 StGB) (Fischer, 2014): Rechtlich gesehen muss ein Straftäter vorerst schuldunfähig (§ 20 StGB) oder vermindert schulfähig (§ 21 StGB) sein, damit von Gerichts Wegen über eine mögliche Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) entschieden wird. Für eine Unterbringung in einer Einrichtung für Suchterkrankte (§ 64 StGB) muss juristisch (unabhängig von der Schuldfähigkeit) ein Zusammenhang zwischen der Straftat und einer Substanzmittelproblematik bestehen (Berger, 2010; Boetticher, Nedopil, Bosinski & Saß, 2005; Dahle, 1997; Greuel, 1997; Müller-Isberner & Eucker, 2009; Nedopil & Müller, 2012; Schallast, 2013; Schaumburg, 2010; Volbert & Steller, 2008). Konkret sind folgende Paragraphen aus dem Strafgesetzbuch (StGB) ausschlaggebend:

² In der dargelegten Arbeit bezieht sich der Begriff „Maßregelvollzug“ (MRV) wie im allgemein gebräuchlichen wissenschaftlichen und klinischen Sprachgebrauch ausschließlich auf die entsprechenden Maßregeln gem. §§ 63, 64 StGB. Die dritte freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung – die Sicherungsverwahrung gem. § 66 StGB – unterscheidet sich konzeptionell von der inhaltlichen Ausrichtung und dem betreffenden Ziel-Personenkreis deutlich und ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Einige Informationen zur Sicherungsverwahrung und jüngsten Entwicklungen hierzu finden sich z. B. bei Müller et al. (2011).

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit: *Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.*

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit: *Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.*

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus: *Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.*

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: *Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.*

Zusammengefasst tritt die Rechtsfolge der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus also dann ein, wenn aus Sicht des Gerichts (das sich in den allermeisten Fällen an die Beurteilung bzw. Empfehlung des zugezogenen psychiatrischen oder psychologischen Gutachters hält, vgl. Leygraf & Seifert, 2003; Nedopil, 2001; Oswald, 1997; Randermann, 2008; Tondorf, 2005) erstens der Täter zum Tatzeitpunkt wegen eines zugrundeliegenden psychischen Zustandes als nicht voll oder nur eingeschränkt verantwortlich für seine Tat anzusehen ist und wenn zusätzlich zweitens davon auszugehen ist, dass weitere erhebliche rechtswidrige (also Straf-) Taten aufgrund des anhaltenden genannten psychischen Zustandes in Zukunft zu erwarten sind. Eine Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung kann darüber hinaus erfolgen, wenn der Täter für eine Straftat verurteilt wird, die auf den „Hang“ zu übermäßigem

Suchtmittelkonsum zurückgeht (ggf. also auch wenn volle Schuldfähigkeit anzunehmen ist, sofern ein Zusammenhang zwischen Tat und Suchterkrankung besteht). Zudem muss hierfür die Voraussetzung erfüllt sein, dass die Behandlung in der Entziehungsanstalt eine Aussicht auf „Heilung“ oder zumindest längerfristige Vermeidung weiterer Straftaten zulässt (Berger, 2010; Egg, 1997; Müller-Isberner & Eucker, 2009; Pollähne, 2011; Schalast, Steffen & Boateng, 2013; Schaumburg, 2010).

1.1.1.1.2 Zielsetzung und Zweck der Maßregeln

Hiernach handelt sich bei der Unterbringung im Maßregelvollzug nicht um eine Form der Bestrafung, sondern eine freiheitsentziehende Sanktion, die – entsprechend der Bezeichnung *Maßregeln der Besserung und Sicherung* (Fischer, 2014) – dazu dienen soll, den Untergebrachten im psychiatrischen Maßregelvollzug (gem. § 63 StGB) durch therapeutische Behandlung dazu zu befähigen, in Zukunft ein straffreies Leben zu führen und bis dies absehbar erscheint, die Allgemeinheit vor ihm zu schützen bzw. Suchtpatienten (gem. § 64 StGB) von ihrer Abhängigkeit zu heilen (Dahle, 1997, N. Leygraf, 1998; Muysers, 2012; Stürm & Schmalbach, 2013; Urbaniok, 2003; Voß, Sauter & Kröber, 2011). Konkret ist der inhaltliche Zweck der Unterbringung im Maßregelvollzug in der Bundesgesetzgebung in den §§ 136, 137 StVollzG (Strafvollzugsgesetz) geregelt, wobei in § 138 StVollzG darauf verwiesen wird, dass die nähere Ausgestaltung der Unterbringung in der Landesgesetzgebung geregelt werden kann (Arloth, 2011; Kammeier, 2005; Müller-Isberner & Eucker, 2009):

§ 136 StVollzG: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus: *Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.*

§ 137 StVollzG: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: *Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.*

1.1.1.1.3 Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug

Vereinfacht zusammengefasst soll nach dem Aufenthalt im Maßregelvollzug keine Gefährlichkeit mehr vom Untergebrachten für die Allgemeinheit ausgehen (Bezzel, 2010; Boetticher et al., 2005; Dahle, 1997; Egg, 1997; Nedopil & Müller, 2012; Schaumburg, 2010; Tondorf, 2005). Dies spiegelt sich auch in den Paragraphen des Strafgesetzbuches zur Entlassung aus dem Maßregelvollzug wider, wobei auch hier

juristische Unterschiede bestehen zwischen den Patienten mit psychiatrischen Störungen, die gem. § 63 StGB untergebracht werden und den Suchtpatienten, die gem. § 64 StGB untergebracht werden:

§ 67d StGB: Dauer der Unterbringung:

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. [...] Mit der Aussetzung nach Satz 1 oder 2 tritt Führungsaufsicht ein.

Zu § 67d Abs. 1 StGB bleibt anzumerken, dass die Höchstfrist von zwei Jahren in der Praxis durch Therapiezeiten und deren Anrechnung auf parallel angeordnete Freiheitsstrafen und andere Faktoren häufig überschritten wird (Schalast, 2013). Zudem kann die Maßregel bei abhängigkeiterkrankten Patienten (§ 64 StGB) gem. § 67d Abs. 5 StGB aus Gründen der Aussichtslosigkeit auf Heilung bzw. Rückfallverhinderung durch die Behandlung (vorzeitig) erledigt, d. h. abgebrochen werden (Pollähne, 2011). Für Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) besteht hingegen formal keine Höchstfrist – eine Entlassung findet demzufolge nur statt, wenn davon auszugehen ist, dass keine hohe Gefährlichkeit mehr vom Untergebrachten ausgeht (Dessecker, 1996; Egg, 1997; Kröber et al., 2006; Leygraf & Seifert, 2003; Mokros, Dörfler, Lange & Osterheider, 2008; Schalast, Seifert & Leygraf, 2007; Seifert, 2007a).³ Schließlich ist in § 67e StGB geregelt, dass durch die zuständigen Gerichte für jeden Untergebrachten in regelmäßigen Abständen zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen der Maßregel noch vorliegen und diese somit weiter

³ Allerdings ist formaljuristisch zur Anordnung sowie zur Dauer der Unterbringung gem. § 63 StGB der Grundsatz der „Verhältnismäßigkeit“ zu beachten: § 62 StGB: Grundsatz der Verhältnismäßigkeit: *Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.* Hierbei ist allerdings nicht eindeutig geregelt, wann eine Maßregel noch als verhältnismäßig anzusehen ist und ab wann nicht mehr. Insgesamt fanden bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts Entlassungen aus der Maßregel gem. § 63 StGB aus Gründen der Verhältnismäßigkeit äußerst selten (nach J. Leygraf [2006, S. 209] „nur in „Extremfälle[n]“) statt.

durchzuführen ist. Für psychiatrisch erkrankte Patienten (§ 63 StGB) muss dies mindestens einmal jährlich geprüft werden, für Suchtpatienten (§ 64 StGB) mindestens alle sechs Monate (Fischer, 2014).

1.1.1.1.4 Forensische Nachsorge und forensisch-psychiatrische Ambulanzen

Wie oben genannt tritt mit der bedingten Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug Führungsaufsicht ein, d. h. der ehemals Untergebrachte hat sich in regelmäßigen Abständen bei der Führungsaufsichtsstelle sowie bei seinem Bewährungshelfer vorzustellen (siehe Cless & Wulf, 2011; Fischer, 2014: § 68a StGB). Darüber hinaus können durch das entlassende Gericht dem Verurteilten sog. Weisungen gem. § 68b StGB während der zwei- bis fünfjährigen Führungsaufsichtszeit (die in Sonderfällen auch unbefristet eingerichtet werden kann) auferlegt werden (vgl. Fischer, 2014: § 68c StGB).

(Erst) im Jahr 2007 erhielten forensisch-psychiatrische Ambulanzen⁴ bzw. die forensisch-psychiatrische Nachsorge Einzug in die Bundesgesetzgebung, indem sie seit diesem Zeitpunkt unter den Weisungen in § 68b StGB aufgeführt sind:

§ 68b StGB Weisungen (Auszug):

(1) Das Gericht kann die verurteilte Person für die Dauer der Führungsaufsicht oder für eine kürzere Zeit anweisen:

[...] 11. sich zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Abständen bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder einer forensischen Ambulanz vorzustellen [...].

(2) Das Gericht kann der verurteilten Person für die Dauer der Führungsaufsicht oder für eine kürzere Zeit weitere Weisungen erteilen, insbesondere solche, die sich

⁴ In die Nachsorge forensischer Patienten sind vereinzelt auch andere Strukturen wie psychiatrische Institutsambulanzen oder vom Maßregelvollzug unabhängige forensische Ambulanzen (z. B. in Bayern die Fachambulanzen für Sexualstraftäter des Justizvollzugs) eingebunden. Diese machen jedoch nur einen kleinen Teil der Versorgung ehemaliger Maßregelvollzugspatienten aus (für einen Überblick zu anderen Nachsorgeeinrichtungen und -formen siehe z. B. Freese, 2010). Ferner ist im Gesetzestext des Strafgesetzbuchs von „forensischen Ambulanzen“ ohne nähere Spezifikation die Rede (Fischer, 2014). Die dargelegte Arbeit bezieht sich jedoch ausschließlich auf forensisch-psychiatrische Ambulanzen als jene Einrichtungen, die den Maßregelvollzugskliniken angegliedert sind und primär zur ambulanten Behandlung und Nachsorge ehemals stationär untergebrachter Maßregelvollzugspatienten dienen. Andere Nachsorgeeinrichtungen finden hier keine Beachtung – sofern nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, sind im Text die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen gemeint.

auf Ausbildung, Arbeit, Freizeit, die Ordnung der wirtschaftlichen Verhältnisse oder die Erfüllung von Unterhaltspflichten beziehen. Das Gericht kann die verurteilte Person insbesondere anweisen, sich psychiatrisch, psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen und behandeln zu lassen (Therapieweisung). Die Betreuung und Behandlung kann durch eine forensische Ambulanz erfolgen. [...]

Zusätzlich sind Aspekte zu (eingeschränkter) Schweigepflicht zwischen Führungsaufsichtsstelle, Bewährungshilfe und forensischer Ambulanz in § 68a StGB geregelt (Cless & Wulf, 2011; Fischer, 2014).

Somit besteht die erste juristische Möglichkeit, Behandlung in einer forensisch-psychiatrischen Ambulanz zu erfahren (die auf die meisten Patienten in forensisch-psychiatrischer ambulanter Behandlung zutrifft; vgl. Butz et al., 2013), in der weiterführenden ambulanten Behandlung im Rahmen der Führungsaufsicht nach der bedingten Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug (Butz, Mokros & Osterheider, 2014; Cless & Wulf, 2011; Freese, 2003b; Freese, 2010; Pozsár, 2001; Schmidt-Quernheim, 2005).

Eine zweite mögliche rechtliche Grundlage einer Behandlung durch eine forensisch-psychiatrische Ambulanz besteht darin, dass eine verhängte Maßregel gem. § 67b StGB in selteneren Fällen sogleich zur Bewährung ausgesetzt werden kann:

§ 67 b StGB: Aussetzung zugleich mit der Anordnung: *(1) Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.*

(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

Durch Eintreten der Führungsaufsicht kann hierbei dann die Weisung zur Behandlung durch die forensische Ambulanz verhängt werden (s. o.).

Schließlich gibt es drittens einen weiteren (und noch kleineren) Teil von Patienten, die durch forensisch-psychiatrische Ambulanzen betreut werden und zwar jene, bei denen eine einstweilige Unterbringung in der Maßregel direkt zur Bewährung ausgesetzt und mit einer Behandlungsweisung durch die forensische Ambulanz verknüpft wird. Hierbei handelt es sich also um Personen, gegen die mit dringendem Tatverdacht ermittelt wird und die sich bereits während der Ermittlungen bei der forensischen Ambulanz vorstellen müssen – analog zur Aussetzung einer Untersuchungshaft zur Bewährung mit entsprechender Weisung und sofern wahrscheinlich ist, dass beim Täter eingeschränkte oder aufgehobene Schuldfähigkeit

gem. §§ 20, 21 StGB vorlag und/oder eine Unterbringung gem. §§ 63, 64 StGB folgen wird (Butz et al., 2014). Juristische Grundlagen sind hierbei die folgenden Paragraphen aus der Strafprozessordnung (Meyer-Goßner & Schmitt, 2014): § 126a StPO i. V. m. § 116 Abs. 3 StPO, die an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Detailliertere Beschreibungen der einstweiligen Unterbringung gem. § 126a StPO finden sich auch bei Pollähne (2011).

Die rechtlichen Grundlagen des Maßregelvollzugssystems der Bundesrepublik können hier nur überblicksartig in zusammengefasster Form dargestellt werden. Für detaillierte Einblicke in juristische Grundlagen, zugehörige Urteile sowie Besonderheiten und Ausnahmen sei auf Boetticher (2004), Kammeier (2007) oder auch N. Leygraf (2006) verwiesen.

1.1.1.2 Historische Entwicklung des Maßregelvollzugssystems

Seit 1871 war es in Deutschland nach dem Reichsstrafgesetzbuch möglich, unzurechnungsfähige Straftäter freizusprechen, anstatt sie zu verurteilen. Das sog. „zweispurige“ Strafrechtssystem mit der Alternative von präventiven Maßregeln (für Schuldunfähige) als Ergänzung zur Möglichkeit von Bestrafung (für Schulfähige)⁵ findet einen Vorläufer im Vorentwurf zum schweizerischen Strafgesetzbuch von 1893. (Bezzel, 2009a; Schaumburg, 2010; Thier, 1990). Eine Unterbringung vermindert oder nicht zurechnungsfähiger Täter je nach Krankheitsbild in der „Heil- und Pflegeanstalt oder [in] der Trinkerheilanstalt“ (Schaumburg, 2010, S. 18) wurde in Deutschland erst mit der Verabschiedung des *Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher* 1934 ermöglicht, wobei damals praktisch der Schwerpunkt der „Maßregeln [...] der Sicherung und Besserung“ (a. a. O., S. 18) deutlich auf der Sicherung der Unterbrachten lag (N. Leygraf, 1988; Schaumburg, 2010).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die beiden Maßregeln ins Strafgesetzbuch der Bundesrepublik übernommen, wo sie seit der Strafrechtsreform 1969 bis heute als Paragraphen 63 und 64 StGB zu finden sind (zuvor als §§ 42 und 43 des

⁵ Auf normativ-juristische Überlegungen sowie zugehörige psychologisch-philosophische Aspekte zu den Fragen von Schuldfähigkeit, freiem Willen und Verantwortlichkeit soll aus inhaltlichen und Gründen des Rahmens in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden. Der interessierte Leser kann sich Einblicke hierzu z. B. bei folgenden Autoren verschaffen: Boetticher, Nedopil, Bosinski & Saß (2005); Greuel (1997); Kammeier (2007); N. Leygraf (1988); J. Leygraf (2006); Müller-Isberner und Eucker (2009); Nedopil (2000); Nedopil und Müller (2012); Niemann (2006); O'Donohue und Levensky (2004); Spaemann (2001).

Strafgesetzbuches). In der DDR fanden sich seit 1969 keine Maßregeln mehr im Strafgesetzbuch, hingegen wurden sie in der BRD beibehalten und – insbesondere seit dem 2. *Strafrechtsreformgesetz* 1975 – deren Fokus formal immer deutlicher auf Behandlung (und nicht mehr primär Sicherung) der Untergebrachten gelegt, was sich auch in der Bezeichnung *Maßregeln der Besserung und Sicherung* niederschlägt (Bezzel, 2009a; N. Leygraf, 1988; N. Leygraf, 2006; Schaumburg, 2010).

Dennoch schnitt der Maßregelvollzug im Rahmen der „Psychiatrie-Enquête“ 1975 sehr schlecht ab („Schlusslichtposition“ nach Bezzel, 2009a, S. 15; s. auch Schmidt-Quernheim, 2010; Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2008): Hier wurden deutliche Mängel struktureller und räumlicher Art, bezogen auf personelle Ausstattung, aber auch auf das therapeutische Angebot im Maßregelvollzug, ersichtlich (Bezzel, 2009a; N. Leygraf, 2006; Thier, 1990). Auch die Einstellung gegenüber den Untergebrachten und der Umgang mit ihnen von Seiten des Personals zu dieser Zeit wurde häufig als sehr kritisch bzw. therapiefreudlich beschrieben (N. Leygraf, 1988).

Verbesserungen struktureller (Um- und Neubauten von Maßregelvollzugseinrichtungen) aber auch qualitativer Art (Weiterbildung und Qualifikation von Mitarbeitern, höhere Spezialisierung einzelner Einrichtungen und Verbesserung bestehender Therapiekonzepte) ergaben sich nach 1990 (Bezzel, 2009a; N. Leygraf, 2006; Schaumburg, 2010). Im gleichen Zeitraum schien sich der öffentlich-politische Fokus zum Maßregelvollzug wieder vermehrt auf den Aspekt der Sicherung der Patienten bzw. des Schutzes der Allgemeinbevölkerung verschoben zu haben (vgl. Ryssok & Oprée, 2011). Im Jahr 1998 wurde das *Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten* verabschiedet (Freese, 2010) – seitdem ist u. a. der Prognosemaßstab für Entlassungen von Untergebrachten aus dem Maßregelvollzug deutlich verschärft. Während zuvor für eine bedingte Entlassung die Einschätzung genügte, dass verantwortet werden könne, die Entlassung zu erproben, muss hierfür seit 1998 ein Gericht bzw. Gutachter zum Schluss kommen, dass keine weiteren erheblichen Straftaten vom Untergebrachten mehr zu erwarten seien (Bezzel, 2009a; N. Leygraf, 2006; J. Leygraf, 2006; Mokros et al., 2008; Schaumburg, 2010; Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2008; Seifert et al., 2005). Eine Folge ist ein seitdem noch deutlicherer Anstieg der Belegungszahlen des Maßregelvollzugs, die seit den späten 1970er Jahren ohnehin stetig anwuchsen (Bezzel, 2009a; N. Leygraf, 2006; Prüter-Schwarte, 2012; Statistisches Bundesamt, 2014), was auch durch ansteigende Zahlen von Untergebrachten mit Abhängigkeitserkrankungen im Maßregelvollzug seit den 1970er Jahren mit bedingt wurde (Querengässer, Hoffmann & Ross, 2014; Schaumburg, 2010).

1.1.1.3 Jüngere Entwicklungen und aktueller Stand des stationären Maßregelvollzugs in Zahlen

Die Entwicklung der Unterbringungszahlen im stationären Maßregelvollzug (aufgeteilt nach den §§ 63 und 64 StGB) in den alten Bundesländern⁶ der Bundesrepublik seit 1970 ist in Abbildung 1.1 grafisch dargestellt.

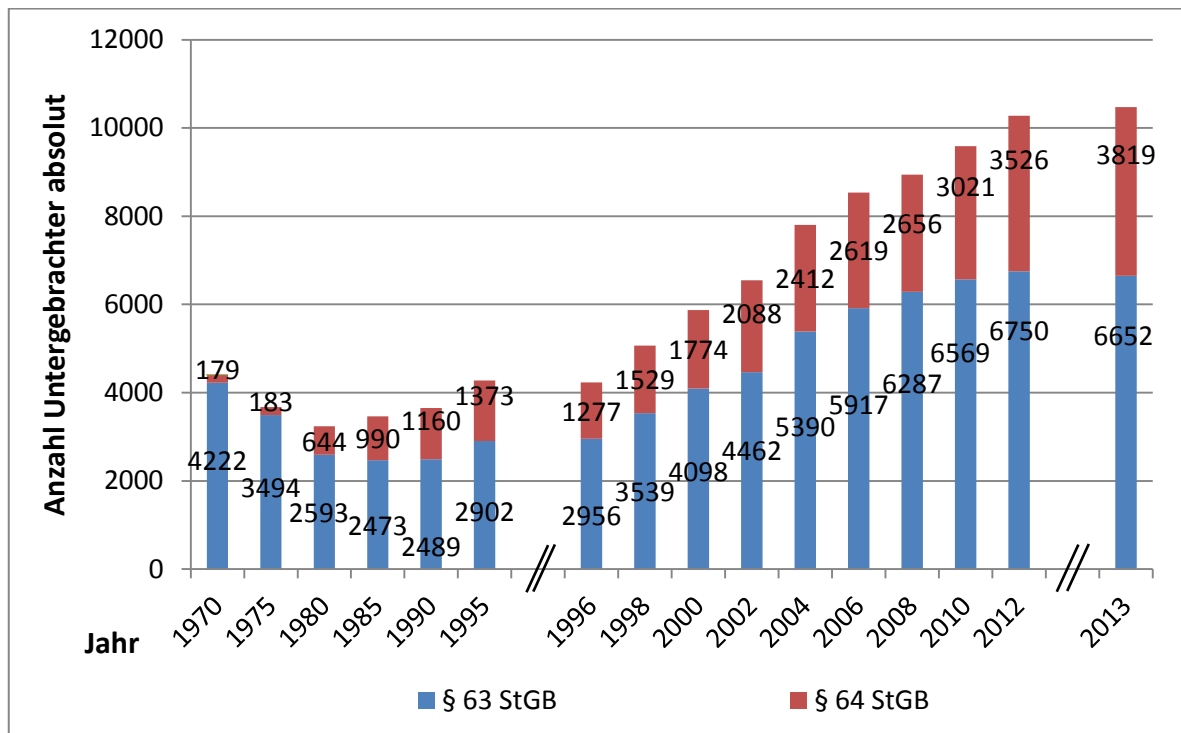


Abbildung 1.1

Anzahl Untergebrachter im Maßregelvollzug in der BRD (alte Bundesländer) in den Jahren 1970 – 2013, aufgeteilt nach Rechtsgrundlagen (§§ 63, 64 StGB)

Anmerkung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2014)

Im Jahr 1970 waren in den alten Bundesländern insgesamt 4401 Personen im Maßregelvollzug untergebracht. Nach zwischenzeitigem Rückgang der Anzahl Untergebrachter (1975: insgesamt 3677 Personen; 1980: insgesamt 3237 Personen) stiegen die Anzahlen Untergebrachter im Maßregelvollzug insbesondere seit Mitte der

⁶ Bis zum aktuellen Stand ist sind in der Strafvollzugsstatistik der Bundesrepublik ausschließlich die alten Bundesländer berücksichtigt. Exakte Zahlen zu den neuen Bundesländern sind derzeit (noch) nicht verfügbar, da in der früheren DDR zwischen 1969 und der Wiedervereinigung keine Maßregelvollzugskliniken bestanden und das Maßregelvollzugssystem ab 1990 erst neu aufgebaut werden musste (Schaumburg, 2010; Statistisches Bundesamt, 2014).

90er Jahre des letzten Jahrhunderts rasch an: Während 1995 (in den alten Bundesländern) insgesamt $N = 4753$ Personen im Maßregelvollzug untergebracht waren, lag die Anzahl Untergebrachter (ebenfalls bezogen auf die alten Bundesländer) im Jahr 2010 bei $N = 10\,444$ (Statistisches Bundesamt, 2014), was einer Kapazitätssteigerung um 120 % über einen Zeitraum von 15 Jahren entspricht.

Im selben Zeitraum waren – neben einer Zunahme der Anzahl von Unterbringungen im Maßregelvollzug – Veränderungen der Entlassungspraxis auf Seiten von Gerichten bzw. Strafvollstreckungskammern zu beobachten (Dessecker, 2005; Traub & Weithmann, 2008): Von Mitte der 90er Jahre bis 2005 halbierten sich die Entlassungszahlen im (alten) Bundesgebiet, womit ein Anstieg der mittleren Verweildauern im psychiatrischen Maßregelvollzug von ca. fünf auf ca. sechs Jahre einherging (N. Leygraf, 2004; Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2008; Seifert et al., 2005; Sieß, 2013). Mit ursächlich für die hohe Auslastung des Maßregelvollzugs dürften somit durch politischen und öffentlich-medialen Druck (Ryssok & Oprée, 2011) bedingte Tendenzen zu deutlich restriktiverem Umgang mit Gewalt- und insbesondere Sexualstraftätern auf juristischer Seite sein (Dessecker, 2005; Freese, 2010; N. Leygraf, 2004; Mokros et al., 2008; Prüter-Schwarte, 2012; Schalast, 2012; Seifert et al., 2005; Steinböck et al., 2004) – ein Umstand, der sich auch außerhalb des Bereichs Maßregelvollzug abzeichnete, etwa anhand stetig anwachsender Zahlen von sich in Sicherungsverwahrung befindlichen Straftätern im selben Zeitraum (Boetticher, 2004). In der Gesetzgebung schlug sich diese Entwicklung in der genannten Verabschiedung des *Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten* 1998 nieder (Bezzel, 2009a; Butz et al., 2013; J. Leygraf, 2006; Mokros et al., 2008; Schaumburg, 2010; Seifert et al., 2005).

Neben rasch wachsender Auslastung und notwendiger Kapazitätssteigerung sah sich das System Maßregelvollzug durch die beschriebenen Entwicklungen insbesondere seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mit ebenso rasant wachsenden volkswirtschaftlichen Kosten konfrontiert (Butz et al., 2014; Dönisch-Seidel & Hollweg, 2003; Dönisch-Seidel, Siebert & Geelen, 2007a, 2007b; Freese, 2010; Kammeier, 2014; Müller-Isberner, 1996; Nedopil & Banzer, 1996; Osterheider & Dimmek, 2004; Prüter-Schwarte, 2012; Rupprecht, 2007; Schmidt-Quernheim, 2005; Seifert, Schiffer & Leygraf, 2003; Stübner & Nedopil, 2010). In Bayern beispielsweise belief sich der Haushaltsansatz des Sozialministeriums für die laufenden Unterbringungskosten im Maßregelvollzug im Jahr 2000 auf 84 Mio. Euro. Sieben Jahre später, also 2007, umfasste der Haushaltsansatz für denselben Posten in Bayern 178.6 Mio. Euro, was rund 9 % des damaligen Gesamtetats des

Sozialministeriums entsprach. Im Vergleich zum Haushaltsansatz aus dem Jahr 2000 entsprach dies einer Steigerung um 113 % (Butz et al., 2013).

Aktuelle Zahlen zum Maßregelvollzug in der Bundesrepublik (früheres Bundesgebiet mit Gesamt-Berlin) beziehen sich auf den Stichtag 31.3.2013 (Statistisches Bundesamt, 2014). Zu diesem Zeitpunkt waren insgesamt 10 471 Personen im Maßregelvollzug untergebracht, davon 745 Frauen (7.1 %). Unter allen Maßregelvollzugspatienten waren 6652 im psychiatrischen Maßregelvollzug gem. § 63 StGB untergebracht (7.7 % weiblich), 3819 Personen in der Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB (6.2 % weiblich). Mit 2491 Untergebrachten (davon 1200 gem. § 63 StGB und 1291 gem. § 64 StGB) war Bayern 2013 das Bundesland mit der zweithöchsten Anzahl an Untergebrachten, übertroffen nur durch Nordrhein-Westfalen mit 2941 Untergebrachten (was der Reihenfolge der Bevölkerungszahlen der Bundesländer entspricht). Darüber hinaus wurden für das Jahr 2012 im (alten) Bundesgebiet insgesamt 4685 „Zugänge“ (neue Unterbringungen, Verlegungen, weiterer Vollzug in Widerrufsfällen) in Maßregelvollzugskliniken verzeichnet und 4499 „Abgänge“ (Beendigung der Unterbringung z. B. wegen Ablauf der Höchstfrist, Aufhebung der Maßregel sowie Fälle von Verlegung oder Tod, darunter 1067 bedingte Entlassungen) (Statistisches Bundesamt, 2014).

1.1.2 Forensisch-psychiatrische Ambulanzen und forensische Nachsorge

1.1.2.1 Notwendigkeit forensisch-psychiatrischer Ambulanzen

Über die Notwendigkeit von spezifisch-forensischen Nachsorgeeinrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher besteht in der deutschen Fachliteratur seit vielen Jahren breiter Konsens (siehe z. B. Boetticher, 2004; Dimmek, 2004; Hahn, 2010; Heinz, Keweloh & Schlichting, 1996; N. Leygraf, 1988; N. Leygraf, 2004; Osterheider & Dimmek, 2004; Schmidt-Quernheim, 2005; Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014; Seifert et al., 2005; Stübner & Nedopil, 2009).

1.1.2.1.1 Kapazitäts- und fiskalische Aspekte

Ursächlich für diese Notwendigkeit ist erstens die geschilderte Entwicklung bzgl. der Unterbringungszahlen (s. o.): Aus der rasant wachsenden Aus- bzw. Überlastung der stationären Maßregelvollzugskliniken ergibt sich bereits aus praktischen Gründen (d. h.

auch Raumproblemen) die Frage nach alternativen Behandlungs- und Sicherungsmöglichkeiten für psychisch kranke Rechtsbrecher (Dessecker, 2005; Freese, 2010; Steinböck et al., 2004). Darüber hinaus sind mit der stationären Unterbringung von Maßregelvollzugspatienten hohe Kosten und mit der Entwicklung der letzten Jahre somit eine deutliche Kostensteigerung verbunden (s. o.).

Zwar existieren bis heute keine validen Zahlen, inwiefern Kosten im Bereich Maßregelvollzug durch ambulante Betreuung (und dadurch frühere Entlassung aus der stationären Unterbringung) tatsächlich eingespart werden können, dennoch gehen nicht nur politische Hoffnungen, sondern auch Schätzungen verschiedener Autoren bzw. Forscher von einer möglichen Kostensenkung im Bereich Maßregelvollzug durch Etablierung forensisch-psychiatrischer Nachsorge aus: So schätzte Müller-Isberner (1996) dass die Kosten, die für einen Maßregelvollzugspatienten in ambulanter Betreuung anfielen, weniger als 1 % der Kosten für stationäre Unterbringung ausmachen würden, später ging Freese (2003a) davon aus, ambulante forensische Betreuung mache 4.7 % der Kosten für stationäre Behandlung aus. Zwar müssen derartige Gegenüberstellungen wohl als „etwas zu vereinfachend“ (N. Leygraf, 2004, S. 59) angesehen werden, da bei ambulanter Betreuung forensischer Patienten für einen Teil der Patienten weitere Kosten wie beispielsweise für Heimunterbringung anfallen (Stübner & Nedopil, 2004, 2009). Zudem ist bisher unklar, inwiefern stationäre Unterbringungsauern durch ambulante Nachsorge tatsächlich verkürzt werden können (Butz et al., 2013). Dennoch sind sich die Autoren im Forschungsbereich der forensischen Nachsorge einig, dass ambulanter forensisch-psychiatrischer Nachsorge ein „ganz deutlicher kostendämpfender Faktor“ (Stübner & Nedopil, 2004, S. 161) innewohnt. Auch eingedenk der Tatsache, dass ambulante forensische Nachsorge einen Beitrag zur Rückfallprävention leistet und hierdurch Folgekosten vermieden werden (Schmidt-Quernheim, 2005; Stübner & Nedopil, 2010; van Dorn, Desmarais, Petrila, Haynes & Singh, 2013; Wilson, Tien & Eaves, 1995) sowie angesichts vieler Patienten, die ohne Nachsorge und Sicherung überhaupt nicht entlassbar wären (nach Freese, 2003a: 12 % der Maßregelvollzugspatienten, s. auch Stübner & Nedopil, 2009), ist davon auszugehen, dass Maßregelvollzug mit ambulanter Nachsorge „für die Gesellschaft wesentlich billiger“ (Schmidt-Quernheim, 2005, S. 144) ist als stationärer Maßregelvollzug allein. Eine frühere eigene Schätzung (Butz et al., 2013) ergab, dass die reinen durchschnittlichen Unterbringungs- bzw. Versorgungskosten für einen forensischen Patienten, der (fiktiv angenommen) ein Jahr früher aus dem stationären Maßregelvollzug entlassen werden könnte und stattdessen (in Anlehnung an Freese, 2010, der von einer ambulanten Nachsorgedauer von „über drei Jahre[n]“ [S. 144] ausging) im Mittel dreieinhalb Jahre ambulant nachbetreut würde, bezogen auf das

eine Jahr früherer bedingter Entlassung um mehr als 50 % (entspr. gut 40 000 € pro Patient) reduziert werden könnten. In diese konservative Schätzung sind noch keine Folgekosten für verhinderte erneute Delikte o. Ä. einbezogen (Butz et al., 2013).

Auch internationale Studien gehen von deutlicher Kostenreduktion bei der Behandlung psychisch kranker Straftäter durch ambulante Versorgung aus (Bloom, Williams & Bigelow, 1991; Hodgins et al., 2007; Kravitz & Kelly, 1999; Lamb & Bachrach, 2001; Swanson, Swartz, Elbogen, Wagner & Burns, 2003; van Dorn et al., 2013; Wiederanders, Bromley & Choate, 1997; Wilson et al., 1995).

1.1.2.1.2 Aspekte der Sicherheit

Neben praktischen und fiskalisch motivierten Überlegungen, die aus den wachsenden Unterbringungszahlen der letzten Jahre folgen, spricht insbesondere der Schutz der Allgemeinbevölkerung – besonders in Zeiten, in denen politisch und öffentlich ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz kommuniziert bzw. eingefordert wird (Ryssok & Oprée, 2011) – für eine Nachbetreuung forensisch-psychiatrischer Patienten nach deren (bedingter) Entlassung, die nur durch spezifisch forensische Nachsorge möglich ist (Freese, 2003a; Leygraf, 2004; Mokros et al., 2008; Osterheider & Dimmek, 2004; Pozsár, 2001; Reuber, Oliva & Jaschke, 2005; Seifert et al., 2005; Voß et al., 2011). Steinböck et al. (2004) bezeichneten Sicherheit nicht zu Unrecht als ein „zentrales Argument“ (S. 203) für die Einrichtung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen. So können forensische Patienten nach ihrer Zeit im stationären Maßregelvollzug durch ambulante Nachsorge auch weiterhin kontrolliert, überwacht und somit gesichert werden.

Nach Harrendorf (2007) ereignen sich ca. 50 % aller Rückfälle in Gewaltdelinquenz von Straftätern (wie auch die Rückfälle in nicht-gewalttätige Delinquenz) innerhalb der ersten 12 Monate nach der Entlassung aus dem Straf- oder Maßregelvollzug. Weitere ca. 25 % aller Rückfälle ereignen sich im zweiten Jahr nach der Entlassung. Harrendorf (2007) erklärt dies unter anderem dadurch, dass „teilweise zu Beginn des Rückfallzeitraums auch die größten Belastungen auf den Täter zukommen“ (a. a. O., S. 205), wodurch viele Entlassene überfordert seien. Um besonders in „den ersten besonders rückfallgefährdeten Jahren“ (Butz et al., 2014, S. 64) in Freiheit (vgl. Bezzel, 2013) der hohen Rückfallgefahr beizukommen, indem Kontrolle und Überwachung auf entlassene Patienten ausgeübt, aber auch einer möglichen Überforderung entgegengewirkt wird, scheint eine (anfangs engmaschige) ambulante Nachsorge bedingt entlassener Maßregelvollzugspatienten unumgänglich. Zudem wird die Sicherung der Patienten durch bessere Möglichkeiten häufigerer Gefährlichkeitsprognosen und eines direkten Reagierens auf die Prognosen im Sinne eines

unmittelbaren Risikomanagements durch die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen weiter verbessert (Steinböck et al., 2004).

1.1.2.1.3 Therapeutische und Rehabilitationsaspekte

Ein dritter Punkt, der für forensische Nachsorge für Maßregelvollzugpatienten spricht, findet sich in der therapeutischen Motivation bzw. im Sinne einer Verbesserung der Chancen auf eine erfolgreiche Stabilisierung und Reintegration der Patienten (Freese, 2003a; Freese, 2010; Pozsár, 2001; Reuber et al., 2005; Seifert et al., 2005). So ist davon auszugehen, dass durch frühere Entlassung (die durch ambulante Nachbetreuung der Patienten ermöglicht wird) das Ausmaß an Hospitalisierung der Patienten, die zu Beginn dieses Jahrhunderts durchschnittlich sechs Jahre im psychiatrischen stationären Maßregelvollzug untergebracht waren (Seifert et al., 2005), verringert werden kann (Kravitz & Kelly, 1999). Hierdurch, sowie zusätzlich durch weiterführende Behandlung und unterstützende Begleitung im Rahmen ambulanter, gemeindenaher Nachsorge, soll ein Wiedereinstieg in ein straffreies Leben der Patienten in der Gesellschaft mit höherer Wahrscheinlichkeit möglich gemacht werden, als wenn Patienten nach langer Unterbringungsdauer auf sich allein gestellt sind und sich ohne Unterstützung um ein Zurechtfinden im nicht geschützten Alltag bemühen müssen (Freese, 2010). Neben sozialarbeiterischer bzw. alltagspraktischer Unterstützung, z. B. in Fragen zu Wohnung oder Arbeit, kann durch forensische Nachsorge auch medizinische und psychotherapeutische Versorgung zur psychopathologischen Stabilisierung gewährleistet werden (Butz et al., 2013; Freese, 2003b).

1.1.2.1.4 Unzureichende Nachsorge durch vorhandene Versorgungsstrukturen

Schließlich ist anzumerken, dass eine spezialisierte Nachsorge forensischer Patienten nach der bedingten Entlassung meist nicht ausreichend von allgemeinpsychiatrischen Versorgungsstrukturen übernommen werden kann und früher nur spärlich in einzelnen regionalen Projekten zustande gekommen ist (Crome, 2006; Dimmek, 2004; Dönisch-Seidel et al., 2007b; Dörpmund, Trottenberg & Rauch, 2006; Pörksen & Scholz, 2003; Saimeh, 2001; Schalast, 2012; Schmidt-Quernheim, 2007, 2010; Steffen, 2013; Urbaniok, 2003; Zinkler, 2008).

Einer bundesweiten Untersuchung aus den Jahren 1984 bis 1986 zufolge war das Scheitern von Entlassungsbemühungen aus dem Maßregelvollzug nach Meinung der Behandler vornehmlich dem damals bestehenden Mangel an einer spezialisierten

forensischen Nachsorge geschuldet (N. Leygraf, 1988). So fühlen sich viele allgemeine Nachsorgeeinrichtungen wie bspw. psychiatrische Institutsambulanzen bzw. deren Mitarbeiter entweder wegen mangelnden Wissens und fehlender Erfahrung im Umgang mit der forensischen Klientel oder wegen Berührungsängsten nicht imstande, forensische Patienten nachzubetreuen (Braamt, Anderl-Doliwa, Konetzka & Koch, 2001; Freese, 2003b; Pörksen & Scholz, 2003; Pozsár, 2001; Reuber et al., 2005; Rosemann, 2003; Schanda, 2000). Stübner und Nedopil (2009) berichten von einer Befragung von 102 niedergelassenen ärztlichen Therapeuten, von denen sich nur 18 (17.6 %) positiv zu forensischer Behandlungserfahrung und -bereitschaft äußerten. Das bedeutet praktisch, dass forensische Patienten nach ihrer bedingten Entlassung früher auch bei hoher Motivation zu einer Weiterbehandlung häufig keine Ansprech- und Versorgungspartner gefunden haben (Schanda, 2000). Hieraus ergab sich die Notwendigkeit *spezialisierter* Einrichtungen, deren Mitarbeiter im Umgang mit forensischen Patienten geschult sind und spezielle Behandlungsangebote für diese Klientel machen können (Butz et al., 2014; N. Leygraf, 1988, 2004).

1.1.2.2 Historische Entwicklung und aktueller Stand forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in der BRD

Aus den oben genannten Gründen und entsprechend der bereits Mitte der 1980er Jahre festgestellten Versorgungslücke bzgl. einer Nachsorge forensischer Patienten (N. Leygraf, 1988) gab es in der Bundesrepublik Deutschland seit jener Zeit erste Bemühungen, spezifische Einrichtungen zur Nachsorge forensischer Patienten zu etablieren. Die erste forensisch-psychiatrische Ambulanz wurde im Jahre 1987 in Berlin gegründet (Warmuth, 1990; vgl. Leygraf, 2004). In der Folge entstanden forensisch-psychiatrische Ambulanzen in Hessen (1988) (Freese, 2003a, 2003b, 2004; Müller-Isberner & Freese, 2004), Mecklenburg-Vorpommern (Knahl, 1997), Niedersachsen (Mauthe, 2004; Pozsár, 2001) sowie im Rheinland (Leygraf, Schiffer & Seifert, 2002; Schellbach-Matties et al., 1993; Seifert, Schiffer & Leygraf, 2003) und in Nordrhein-Westfalen (Dimmek & Bargfrede, 1993; Ortlieb, 2004; Osterheider & Dimmek, 2004; Reuber et al., 2005; Seifert & Leygraf, 1997). Die ersten forensisch-psychiatrischen Ambulanzen im Bundesgebiet hatten anfangs mehrheitlich Modellcharakter und wurden zum Teil aus Mitteln des Bundesgesundheitsministeriums finanziert (Knahl, 1997).

Da sich anhand derartiger Modellprojekte rasch positive Ergebnisse insbesondere zur Reduktion deliktischer Rückfallquoten nachbetreuter Patienten abbildeten (vgl.

Punkt 1.1.2.3), wurden bis zu Beginn des 21. Jahrhunderts vielerorts weitere forensisch-psychiatrische Ambulanzen gegründet und diese bis heute häufig als feste Institutionen unbefristet etabliert (Freese, 2010). Diese Entwicklung schlug sich schließlich auch in der Bundesgesetzgebung nieder. Mit dem *Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht* 2007 fanden forensische Ambulanzen, wie bereits dargestellt, in Form einer Erwähnung im Rahmen der richterlichen Weisungen zur Führungsaufsicht (§ 68b StGB) Einzug in das Strafgesetzbuch (Beß, 2010; Hahn, 2010; vgl. Punkt 1.1.1.1.4). Die genaue inhaltliche wie auch die finanzielle Umsetzung bzw. Trägerschaft forensisch-psychiatrischer Ambulanzen blieb (wie die konkrete Ausgestaltung des stationären Maßregelvollzugs) jedoch auch nach 2007 weiterhin den Bundesländern überlassen und soll durch die länderspezifischen Maßregelvollzugsgesetze geregelt werden (Dönisch-Seidel et al., 2007a; Freese, 2010; Kammeier, 2005, 2014; Kröber, 2013; Leygraf, 1998; Traub & Weithmann, 2008). Gleichzeitig bestehen aktuell Bestrebungen in der Bundesrepublik, die forensische Nachsorge national möglichst einheitlich und v. a. qualitativ möglichst hochwertig zu gestalten, was sich bspw. in der Veröffentlichung eines Vorschlags zu „Mindeststandards forensischer Nachsorge“ einer nationalen Arbeitsgruppe 2014 niederschlug (Freese & Schmidt-Quernheim, 2014).⁷

Wie Freese (2010) berichtete, entstanden bis zum Jahr 2009 im Bundesgebiet insgesamt 62 forensisch-psychiatrische Ambulanzen an den damals 79 Maßregelvollzugsstandorten. An 24 dieser Standorte wurden ausschließlich Patienten gem. § 63 StGB behandelt, an 16 dieser 24 Kliniken (§ 63 StGB) existierten forensisch-psychiatrische Ambulanzen zur Nachsorge. An 15 Maßregelvollzugsstandorten wurden ausschließlich § 64-Patienten behandelt, hierunter wurde an 12 Standorten offiziell Nachsorge betrieben. Unter den verbleibenden 40 Standorten, an denen Patienten nach beiden Paragraphen (§§ 63 und 64 StGB) behandelt wurden, fand zum Stand 2009 an 34 Einrichtungen forensisch-psychiatrische Nachsorge statt. Für einen genaueren Überblick über die bundesdeutschen Maßregelvollzugsstandorte und deren Nachsorgeeinrichtungen sei auf Freese (2010) verwiesen.

Auch zur Finanzierungssituation forensisch-psychiatrischer Nachsorge in der BRD, die in den Bundesländern recht unterschiedlich geregelt ist und hierbei häufig „oft noch unzureichend und unverbindlich“ (a. a. O., S. 141) ausgestaltet sei, gibt Freese (2010)

⁷ Den von Freese und Schmidt-Quernheim (2014) veröffentlichten „Mindeststandards forensischer Nachsorge“ lassen sich für den interessierten Leser verschiedene inhaltliche und praktische Aspekte zu „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ forensischer Nachsorge entnehmen, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann.

einen Überblick. Der größte Teil der Finanzierungen verläuft demnach in den meisten Bundesländern über Landesmittel, in einigen Ländern existiert eine Mitfinanzierung über die Krankenkassen. In wenigen Bundesländern mussten (zum Stand 2010) die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen über das Budget der zugehörigen Maßregelvollzugskliniken finanziert werden. In Bayern liegt der landesfinanzierte Tagessatz pro Ambulanzpatient bei 17 € (Butz et al., 2013; Freese, 2010; Stübner & Nedopil, 2010), laut Freese (2010) existiert zusätzlich eine Kassenmitfinanzierung, deren Höhe jedoch nicht angegeben wird.

1.1.2.3 Effektivität forensisch-psychiatrischer Ambulanzen – Forschungsergebnisse aus der BRD

Studien mit randomisierten Kontrollgruppendesigns zum Vergleich der Rückfallquoten von Patientengruppen mit und ohne spezifisch forensische Nachsorge sind aus versuchsethischen und rechtlichen Gründen nicht möglich (Butz et al., 2013; Mokros & Osterheider, 2010; Steinböck et al., 2004; Stübner & Nedopil, 2010). Da psychopathologische Stabilisierung der Patienten und Verhinderung deliktischer Rückfälle als Effekte forensischer Nachsorge anzunehmen sind, verbietet sich eine Zuweisung von Patienten im Rahmen von Untersuchungen zu Wartekontrollgruppen ohne entsprechend wirksame Intervention (Steinböck et al., 2004). Zur Untersuchung von Hinweisen auf Effektivität forensisch-psychiatrischer Nachsorge im Sinne eines möglichen Einflusses auf deliktische Rückfälligkeit entlassener Patienten müssen daher Vergleiche verschiedener Studien bzw. Stichproben von (möglichst vergleichbaren) Patientengruppen mit vs. ohne spezifischer Nachsorge herangezogen werden (Butz et al., 2013, 2014; Leygraf, 1998; Lösel & Bender, 1997; Stübner & Nedopil, 2009).

Es werden im Folgenden ausschließlich Studien zu Maßregelvollzugspatienten aus dem Bundesgebiet herangezogen, da es sich bei forensisch-psychiatrischen Ambulanzen um spezielle Einrichtungen handelt, die eng mit der deutschen Rechtslage sowie der Struktur des Maßregelvollzugssystems in der BRD zusammenhängen. Studien aus anderen Bereichen wie beispielsweise dem Justizvollzug und anderen Ländern werden daher nicht berücksichtigt.

1.1.2.3.1 Studien bei Patienten gem. § 63 StGB

Der überwiegende Teil von aussagekräftigen Studien zur deliktischen Rückfälligkeit von (ehemaligen) Maßregelvollzugspatienten bezieht sich auf Patienten, die gem. § 63 StGB untergebracht waren bzw. behandelt wurden.

Verschiedene Modellprojekte aus dem Bundesgebiet lassen auf einen deutlichen verringernden Effekt von ambulanter forensischer Nachsorge auf die Delinquenz-Rückfallquoten von forensischen Patienten (§ 63 StGB) schließen. So berichtet Freese (2003a) von MRV-Patienten in Hessen, die zwischen 1990 und 2001 wieder in der Klinik aufgenommen wurden: Wiederaufnahmegrund der $N = 83$ Patienten, die nach ihrer Entlassung ambulant weiter betreut wurden, war in 24.1 % ein erneutes Delikt, im Vergleich dazu war bei 82.4 % der $N = 125$ wiederaufgenommenen Patienten ohne ambulante Nachsorge ein neues Delikt der Wiederaufnahmegrund.

In einer früheren Untersuchung (Müller-Isberner, 1996) in derselben Ambulanz (forensische Nachbetreuungsambulanz Haina: die größte entsprechende Einrichtung in Deutschland) wurden Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB), die nach ihrer bedingten Entlassung ambulant nachbetreut wurden ($n = 56$) mit Patienten verglichen, die poststationär nicht nachbetreut wurden ($n = 67$). Wenn sich auch verschiedene, möglicherweise verzerrende Unterschiede in den beiden Stichproben ergaben (s. auch Steinböck et al., 2004) und keine statistischen Kennzahlen zur Signifikanz der Unterschiede berichtet werden, zeigte sich, dass die deliktischen Rückfallquoten der nachbetreuten Stichprobe (erneutes Gewaltdelikt: 5 %, erneute Festnahme: 2 %, Bewährungswiderruf: 9 %) im dreijährigen Untersuchungszeitraum zumindest tendenziell geringer ausfielen als die Rückfallzahlen der nicht nachbetreuten Patientengruppe (erneutes Gewaltdelikt: 12 %, erneute Festnahme: 11 %, Bewährungswiderruf: 11 %).

In einer jüngeren Untersuchung von Jehle, Albrecht, Hohmann-Fricke und Tetal (2010) wurde nicht explizit darauf eingegangen, inwiefern die Patienten spezifisch nachbetreut wurden oder nicht. Da sich die Studie jedoch auf den Zeitraum 2004 – 2007 bezieht, ist davon auszugehen, dass die Stichprobe der eingeschlossenen Patienten nicht systematisch nachbetreut wurde (vgl. Punkt 1.1.2.2). Hierbei wurden bezogen auf „isolierte Maßregeln“ (ohne zugleich angeordnete Strafe) in einem mittleren Katamnesezeitraum von drei Jahren 4.5 % der § 63-Patienten ($n = 536$) deliktisch rückfällig. Bezogen auf Maßregeln, zu denen parallel Strafen verhängt worden waren, wurden im Bereich § 63 StGB 14.1 % der $n = 205$ Patienten im genannten Zeitraum rückfällig.

1.1.2.3.1.1 Studien bei Stichproben mit forensisch-psychiatrischer Nachsorge (§ 63 StGB)

Folgende Studien beziehen sich auf Patientengruppen *mit* forensisch-psychiatrischer Nachsorge: Seifert, Schiffer und Leygraf (2003) berichten von einer Studie, die in drei Kliniken in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Hierbei wurden in einer mittleren *time at risk*, d. h. einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum seit der (bedingten) Entlassung, von 4.5 Jahren 9.4 % der insgesamt $N = 53$ ambulant nachbetreuten Patienten (§ 63 StGB) strafrechtlich rückfällig.

In einer weiteren Studie nennen Seifert et al. (2005) in einem Zeitraum von knapp fünf Jahren eine Rückfallquote entlassener Patienten von 4 % für Gewalt- oder Sexualstraftaten (ohne jedoch eine Stichprobengröße anzugeben).

In einem anderen Modellprojekt zu ambulanter Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) aus Nordrhein-Westfalen (NRW) berichten Reuber et al. (2005) über $N = 35$ Patienten. Von diesen wurde in einem Katamnesezeitraum von einem Jahr und neun Monaten ein Patient (entspricht 2.9 %) deliktisch rückfällig.

Ferner wird in einer weiteren Studie aus NRW bei $N = 115$ Maßregelvollzugspatienten mit spezifischer Nachsorge nach der bedingten Entlassung (§ 63 StGB) von einer deliktischen Rezidivquote von 13 % über eine mittlere *time at risk* von 4.4 Jahren berichtet (Schmidt-Quernheim, 2011; Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014).

1.1.2.3.1.2 Studien bei Stichproben ohne forensisch-psychiatrische Nachsorge (§ 63 StGB)

Diese Zahlen sind deutlich geringer, als die Rückfallquoten für Delinquenz, die sich für entlassene MRV-Patienten (§ 63 StGB) *ohne* ambulante Nachsorge in der Literatur finden: N. Leygraf (1998) gibt in seiner Übersichtsarbeit hierzu je nach Studie Quoten zwischen 19 % und 47 % an. Eine Übersicht über ausgewählte Studien zu deliktischen Rückfallquoten bei Maßregelvollzugspatienten aus dem Bereich § 63 StGB, die nach der Entlassung aus der stationären Maßregel nicht systematisch nachgesorgt wurden, gibt, Tabelle 1.1.

Tabelle 1.1

Ausgewählte Studien zu deliktischer Rückfälligkeit bei entlassenen Maßregelvollzugspatienten gemäß § 63 StGB ohne systematische Nachsorge

Autor/-en (Jahr)	Stichproben- größe	Katamnese- zeitraum	Deliktische Rückfallquote
Dessecker (1996)	N = 94	2 Jahre	18 %
Jockusch & Keller (2001)	N = 169	60 Monate	40 %
Jehle, Heinz & Sutterer (2003)	N = 695	4 Jahre	18.5 %
Seifert, Bolten & Möller-Mussavi (2003)	N = 171	2 Jahre	6 %
Seifert (2010)	N = 321	7.5 Jahre	31.5 %
Dimmek (2014)	N = 246	4.4 Jahre	37.7 %

1.1.2.3.2 Studien bei Patienten gem. § 64 StGB

Zu Patienten aus dem Bereich § 64 StGB existieren weniger Untersuchungen, zudem weisen u. a. Querengässer et al. (2014) oder auch Schalast et al. (2013) darauf hin, dass bisher insbesondere Studien zum Bereich § 64 StGB wegen methodischer Mängel oft nicht über aussagekräftige Ergebnisse verfügen. Zu Patienten aus dem Bereich § 64 StGB mit forensischer Nachsorge im Speziellen finden sich bisher keinerlei einschlägige Veröffentlichungen in der Fachliteratur. Die folgenden Studien beziehen sich somit auf Patientengruppen gem. § 64 StGB, die nach der bedingten Entlassung nicht oder nicht systematisch nachbetreut wurden.

Schalast, Palaschke & Dönisch-Seidel (2009) geben in einem Überblick über verschiedene Studien zu entlassenen Patienten aus dem Bereich § 64 StGB deliktische Rezidivquoten zwischen ca. einem Drittel und „etwa 80 %“ über (z. T. unklar angegebene) Zeiträume zwischen „min. 1 Jahr“ und 2.8 Jahren (a. a. O., S. 185) an. Die Informationen zur Legalbewährung der jeweils eingeschlossenen Patienten basieren hierbei auf unterschiedlichen Quellen (Bundeszentralregister-Auskünfte, Akten der Führungsaufsicht, Angaben der Bewährungshelfer).

Ferner wird in der oben genannten Studie von Jehle et al. (2003) (s. Punkt 1.1.2.3.1) auch eine Rückfallzahl zu Patienten aus dem Bereich § 64 StGB angeführt: Über vier Jahre wurden hierbei 60 % der N= 1053 Patienten gem. § 64 StGB deliktisch rückfällig.

In der späteren, ebenfalls oben genannten Untersuchung von Jehle et al. (2010) (in der nicht darauf eingegangen wird, inwiefern die Patienten spezifisch nachbetreut wurden oder nicht), fand sich bezogen auf „isolierte Maßregeln“ über einen mittleren Katamnesezeitraum von drei Jahren eine deliktische Rückfallquote von 50.9 % bei $n = 53$ § 64-Patienten. Bezogen auf Maßregeln, zu denen parallel Strafen verhängt worden waren, wurden im Bereich § 64 StGB 43.1 % der $n = 1108$ Patienten rückfällig (Jehle et al., 2010).

In einer weiteren Studie zu $N=169$ bedingt entlassenen Patienten aus dem Bereich § 64 StGB (Bezzel, 2010) wird von einer erfolgreichen (deliktfreien) Legalbewährung bei 80.9 % über einen Katamnesezeitraum von „mindestens einem Jahr“ (a. a. O., S. 264) berichtet, hier werden keinerlei systematische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Nachsorge angeführt. In einer früheren Zwischenauswertung derselben Studie (Hartl, Mache & Bezzel, 2008) zeigte sich anhand eigener Angaben der Patienten nach einem Katamnesezeitraum von einem Jahr eine deliktische Rückfallquote von 17 % bei Abhängigkeitserkrankten ($n = 143$) nach Entlassung (im Vergleich hierzu gaben im gleichen Zeitraum 10 % der $n = 40$ psychiatrisch erkrankten Maßregelpatienten (§ 63 StGB) erneute Delikte nach der Entlassung an).

In einer weiteren Untersuchung zu $N = 120$ § 64 StGB Patienten, in der ebenfalls nicht die Frage der Nachbehandlung berücksichtigt wurde, werden strafrechtlich relevante Rückfälle für 37 % der Patienten über durchschnittlich zwei Jahre berichtet (Gericke & Kallert, 2007).

Dessecker (1996) berichtet schließlich in der oben genannten Studie von einer deliktischen Rezidivquote von 43 % bei $N = 150$ Patienten gem. § 64 StGB über durchschnittlich zwei Jahre *time at risk*.

Zur Frage der Effektivität von Nachsorgebehandlung substanzabhängiger Straftäter bestehen zwar keine Studien aus dem Maßregelvollzugsbereich der Bundesrepublik. Allerdings geht aus einem US-amerikanischen Modellprojekt zu substanzabhängigen Straftätern, die aus der Haft entlassen wurden hervor, dass Straftäter, die spezifisch psycho- und sozialtherapeutisch nachgesorgt wurden, für den Zeitraum von sechs Monaten nach Entlassung signifikant ($p < .05$) seltener deliktisch rückfällig wurden (8,5 %, $n = 94$) als Straftäter ohne Nachbehandlung (19,6 %, $n = 51$). Für den Katamnesezeitraum von einem Jahr konnte jedoch kein signifikanter Unterschied in den Rückfallquoten gefunden werden (Brown et al., 2001). Hiernach muss letztlich unklar bleiben, inwiefern das überprüfte Nachsorgeprogramm zu einer nachhaltigen Reduktion erneuter Delikte führte.

Für einen Großteil der genannten Studien zu Patienten im Bereich § 64 StGB ist einschränkend auf die Problematik kurzer Katamnesezeiträume und daraus folgend

fraglicher Validität der erfassten Rückfallquoten (aus BZR-Auskünften) hinzuweisen (Mokros & Osterheider, 2010; vgl. Punkt 1.1.2.3.4). Zudem weisen u. a. Bezzel (2009b), Querengässer, et al. (2014) und van der Haar (2012) darauf hin, dass bei konstanten 50 % der Patienten gem. § 64 StGB die Maßregel wegen Aussichtslosigkeit vorzeitig erledigt, d. h. die Behandlung abgebrochen, wird⁸. In einem Literaturüberblick über neun Studien zum Behandlungsverlauf von Patienten des Maßregelvollzugs gem. § 64 StGB gaben Fries, Endrass, Ridinger, Urbaniok und Rossegger (2011) die folgenden Faktoren an, die überzufällig mit Therapieabbrüchen von § 64 StGB-Patienten im Zusammenhang stehen: Drogenabhängigkeit, niedriges Lebensalter, Persönlichkeitsstörung, fehlender Schul- oder Berufsabschluss, vorangegangene Abbrüche von Entwöhnungsbehandlungen und frühere Delinquenz. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf Maßregelvollzugspatienten, die ihre Behandlung bis zum Ende, d. h. bis zur Aussetzung der Maßregel zur Bewährung durchlaufen haben. Deshalb beziehen sich auch die Ausführungen zu den Hintergründen primär auf Patienten mit abgeschlossener (stationärer) Behandlung.

1.1.2.3.3 Zusammenfassung und Fazit des aktuellen Forschungsstandes

Im Vergleich von Rückfallstudien bei Patienten im Bereich § 63 StGB mit und ohne spezifische forensische Nachsorge nach der bedingten Entlassung zeigen sich durchweg deutlich geringere Rückfallquoten bei Stichproben mit forensisch-psychiatrischer Nachsorge. Es ist somit auf Basis der bisherigen Modellprojekte bzw. Studien zu forensisch-psychiatrischer Nachsorge in der BRD mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem günstigen Effekt spezifischer Nachsorge auf die deliktische Rückfälligkeit von Maßregelvollzugspatienten und damit von guter Wirksamkeit ambulanter forensischer Therapie auszugehen (vgl. Lau, 2003, Hartl, 2012). Auch internationale Veröffentlichungen berichten von rückfallreduzierenden Effekten ambulanter Behandlung bei forensischen Patienten bzw. psychisch kranken Straftätern (siehe z. B. Bloom et al., 1991; Gilbert et al., 2010; Hodgins, 2007; Kesten et al., 2012; Kröger & Niemantsverdriet, 2001; Lee, 2003; Morrissey, Cuddeback, Cuellar & Steadman, 2007; Someda, 2009; Swanson et al., 2000, 2003; van Dorn et al., 2013; Wiederanders et al., 1997; Wilson et al., 1995; Young, Fluellen & Belenko, 2004).

Zu Patienten gem. § 64 StGB sind bisher keine Studien zur Erfassung deliktischer Rückfälligkeit von nachgesorgten Patienten im Bundesgebiet vorhanden. Zudem

⁸ Für weitere deskriptive Informationen zu drogenabhängigen Straftätern im Maßregelvollzug sei z. B. auf Seifert und Leygraf (1999) verwiesen.

bestehen bei vielen Studien zu dieser Patientengruppe (ohne Nachsorge) methodische Mängel und somit eine eingeschränkte Validität der Ergebnisse, etwa aufgrund vergleichsweise kurzer Katamnesezeiträume. Es kann bisher somit keine empirisch begründete Aussage getroffen werden, ob sich spezifische forensisch-psychiatrische Nachsorge auf die deliktische Rückfälligkeit von § 64 StGB-Patienten auswirkt.

Abseits der methodischen Probleme insbesondere bei Studien zu § 64 StGB-Patienten zeigen sich im Vergleich zu Studien mit § 63 StGB-Patienten deutlich höhere Rezidivquoten bei abhängigkeiterkrankten Patienten, die gem. § 64 StGB untergebracht wurden. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass psychisch kranke Rechtsbrecher mit (primär) anderen Störungen als solchen aus dem Bereich der Abhängigkeit vermutlich stärker von einer Maßregelvollzugsbehandlung profitieren, dass Patienten aus dem Bereich § 64 StGB also deutlich stärker rückfallgefährdet sein könnten als psychiatrisch erkrankte Patienten aus dem Bereich § 63 StGB. In Übereinstimmung damit gehen sowohl aus nationalen, als auch aus internationalen Studien viele Hinweise hervor, dass psychisch kranke Rechtsbrecher, bei denen eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt, besondere Behandlungsbedürfnisse mit sich bringen sowie ein erhöhtes Risiko für (erneute) Straftaten aufweisen im Vergleich zu forensischen Patienten ohne Abhängigkeitserkrankung (s. z. B. Alm et al., 2011; Bezzel, 2013; Dimmek, 2014; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; Hartl, 2012; Hartl et al., 2008; Lindqvist, 2007; Nitschke, Osterheider & Mokros, 2011; Rohdich & Kirste, 2005). Ob Unterschiede darin bestehen, inwiefern die beiden Maßregelvollzugs-Patientengruppen (§ 63 StGB und § 64 StGB) von einer spezifisch-forensischen Nachsorge profitieren, kann auf Basis empirischer Daten aktuell (noch) nicht beurteilt werden.

1.1.2.3.4 Zu Auskünften aus dem Bundeszentralregister als Kriterium für deliktische Rückfälligkeit

Der größte Teil von Studien zu deliktischer Rückfälligkeit von forensischen Patienten (s. o.) bezieht sich auf Angaben aus dem Bundeszentralregister. Eine bestmögliche Vergleichbarkeit von Studien ist somit zu erreichen, indem als Kriterium zur Legalbewährung ebenfalls Auskünfte aus dem Bundeszentralregister herangezogen werden. Dennoch bleiben einige Aspekte bezüglich dieser Informationsquelle kritisch anzumerken:

So wird von verschiedenen Autoren berichtet, dass Bundeszentralregister-Eintragungen aus prozess- und verwaltungstechnischen Gründen häufig lange Zeit in Anspruch nehmen (Jehle et al., 2003; Mokros & Osterheider, 2010). Darüber hinaus

erfolgen für laufende Strafverfahren keine Einträge – erst nach Abschluss und Verurteilung werden Eintragungen vorgenommen (Jehle et al., 2010). Konkret vergeht nach Gericke & Kallert (2007) häufig bis zu einem Jahr zwischen Straftat und Eintrag in das Bundeszentralregister. Für kurz zurückliegende Straftaten bzw. kurze Katamnesezeiträume können deliktische Rückfallquoten somit unterschätzt werden. Darüber hinaus wird von fehlenden Einträgen aufgrund von Kommunikationslücken zwischen dem für das Bundeszentralregister zuständigen Bundesamt für Justiz (BfJ) und anderen Behörden, von denen Straftaten gemeldet werden sollten, berichtet (Jehle et al., 2003). So gibt Gretenkord (2001) in einer Prognosestudie (§ 63 StGB) eine Quote von fehlenden BZR-Einträgen in Höhe von 6 % der Stichprobe an, in einer Untersuchung (§ 63 StGB) von Schmidt-Quernheim (2011) war dies bei 3 % der Patienten der Fall – alle eingeschlossenen Patienten waren rechtskräftig verurteilt. Schließlich können anhand von BZR-Auskünften ausschließlich angezeigte und somit behördlich erfasste Straftaten analysiert werden – Taten im Dunkelfeld bleiben der Analyse nicht zugänglich (Schmidt-Quernheim, 2011).

Einzelne Studien bzw. Vergleiche von erfasster Rückfälligkeit mit unterschiedlichen Informationsquellen weisen darauf hin, dass deliktische Rückfallquoten, die ermittelt wurden aufgrund der Angaben von betreuenden Stellen, die mit bedingt entlassenen Patienten in Kontakt stehen (Führungsaufsicht, Bewährungshelfer), höher ausfallen als Angaben aus dem Bundeszentralregister (s. z. B. Schalast et al., 2009). Darüber hinaus zeigten sich auch in einer Katamnese studie zu Maßregelvollzugspatienten nach einem Zeitraum von einem Jahr geringfügig höhere Rückfallquoten, die von den befragten Patienten selbst berichtet wurden, als jene, die aus dem BZR hervorgingen (Hartl, 2010). Hierbei zeigten sich insgesamt jedoch sehr hohe Übereinstimmungen zwischen beiden Informationsquellen (92,3 % - 94,2 %). In einer Untersuchung zur Beurteilerübereinstimmung der im Rahmen der aktuellen bayerischen Begleitevaluation forensisch-psychiatrischer Ambulanzen eingesetzten Fragebögen (Schneider, 2014) zeigten sich darüber hinaus hinsichtlich der Legalbewährung sehr hohe Maßzahlen zur Beurteilerübereinstimmung (Beurteilung erneuter strafrechtlicher Auffälligkeiten durch zwei unabhängige Beurteiler anhand der vorliegenden Akten und der Behandlungsdokumentation: Median von *Cohen's Kappa*: .78, $p < .05$). Hiernach waren die Angaben der Behandler als weitgehend objektiv zu beurteilen und könnten demnach als sinnvolle Ergänzung zu Angaben aus dem BZR eingesetzt werden (Schneider, 2014). Die Bezugnahme auf BZR-Auskünfte garantiert jedoch höchstmögliche Vergleichbarkeit mit anderen Studien zur Rückfälligkeit forensischer Patienten – allerdings sind dabei obige Probleme bei der Dateninterpretation zu bedenken.

1.1.2.4 Forensisch-psychiatrische Nachsorge im Freistaat Bayern

1.1.2.4.1 Konzeptualisierung und erstes bayerisches Modellprojekt

Das (damalige) Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen – heute Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) – entwickelte aufgrund der oben beschriebenen Entwicklungen bezüglich des MRV im Jahre 2000 erstmals ein *Konzept zur ambulanten Sicherungsnachsorge im Rahmen der Führungsaufsicht* (Stübner & Nedopil, 2004, 2009). Zur Namensgebung und Zielsetzung des Konzepts und damit der bayerischen Modellprojekte zu forensisch-psychiatrischen Ambulanzen lässt sich folgendes anmerken:

[Der] primäre Fokus (Zugewinn an *Sicherheit*) schlägt sich in der offiziellen Bezeichnung der bayerischen Modellprojekte zur forensisch-psychiatrischen Nachsorge als „Ambulante Sicherungsnachsorge“ nieder. Wie aus einem Überblick über ältere Modellprojekte zur forensischen bzw. forensisch-psychiatrischen Nachsorge (Steinböck et al., 2004) hervorgeht, bestand jedoch auch in früheren Projekten ein zentraler Aspekt stets in der Reduktion deliktischer Rückfallquoten, so dass trotz unterschiedlicher Bezeichnungen von letztlich gleichen Zielsetzungen des beschriebenen mit früheren Modellprojekten zu forensischer Nachsorge auszugehen ist. (Butz et al., 2013, S. 37)

Mit der Umsetzung des 2000 entwickelten Konzepts wurden im Rahmen eines ersten bayerischen Modellprojekts von 2002 bis 2004 die forensischen Einrichtungen der Bezirkskrankenhäuser München-Haar (heutiges Isar-Amper-Klinikum München-Ost), Bayreuth und Erlangen beauftragt. Genauere Beschreibungen des Projekts bzw. dessen Konzeption (inklusive Details zur Mischfinanzierung zwischen Sozialministerium und Krankenkassen, Mitarbeiteranzahlen, Aufnahmeprozedere der eingeschlossenen Patienten, sowie zum gescheiterten Vorhaben, in einem Parallelprojekt auch Haft-Vollverbüßer aus dem Strafvollzug nachzubetreuen) finden sich bei Steinböck et al. (2004) und bei Stübner und Nedopil (2004) sowie Überblicke über die begleitende wissenschaftliche Evaluation des Projekts bei Stübner und Nedopil (2009, 2010): Im Rahmen jenes Projekts wurden $N = 111$ MRV-Patienten (darunter zwei Frauen), die größtenteils gem. § 63 StGB untergebracht waren (93 %), von März 2002 bis März 2004 in die ambulante Nachsorge aufgenommen im Anschluss an die stationäre Unterbringung. Von diesen 111 Patienten begingen in einem mittleren Beobachtungszeitraum von 4.5 Jahren 5.4 % gesichert ein erneutes juristisch verfolgtes Delikt (unter Einbezug von Verdachtsfällen betrug die Quote 9.9 %), für schwerwiegende Delinquenz betrug die (gesicherte) Rückfallquote 1.8 % (je 0.9 % für Gewalt- und Sexualdelikte, mit Verdachtsfällen zusammen 6.3 %). Bei weiteren 6.3 % der Patienten erfolgte ein Widerruf der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung (und somit eine erneute

stationäre Unterbringung). Im Rahmen der Evaluation erfolgten u. a. wiederholte Prognoseeinschätzungen der Probanden. Im Mittel sanken die Werte der klinischen und der Risikovariablen des Prognoseinstruments HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997, s. Punkt 1.2.3.2.2) um 30 % pro Jahr. Ferner wurden die eingeschlossenen Patienten als sehr „compliant“ (also bereit, sich auf Behandlungsempfehlungen und -Maßnahmen einzulassen) beschrieben: 80 % der mit Antipsychotika behandelten Patienten seien „gesichert“ (Stübner & Nedopil, 2010, S. 180) compliant gegenüber der Behandlung gewesen, zudem verblieben 44 von 69 Patienten, deren Führungsaufsicht während der Projektlaufzeit endete, freiwillig in Behandlung der forensisch-psychiatrischen Ambulanz (Stübner & Nedopil, 2009, 2010). Aus den im Vergleich zu Studien ohne ambulante Nachbetreuung (s. o.) deutlich geringeren Rückfallquoten und aus den stetig sinkenden Risikoprognosekennwerten der eingeschlossenen Probanden ließ sich also möglicherweise eine sichtbare Verringerung des Rückfallrisikos und somit eine Erhöhung der Sicherheit der Bevölkerung durch ambulante forensisch-psychiatrische Nachsorge – auch im ersten bayerischen Modellprojekt – erkennen.

Zur Frage nach der Kostendämpfung gaben Stübner und Nedopil (2004) vor Beendigung des Evaluationsprojektes an, dass bei einem nicht geringen Prozentsatz der Patienten eine Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug in eine weiterführende Einrichtung, die mit deutlich geringeren Kosten als die Unterbringung im MRV verbunden war, nur dank der parallelen Nachbetreuung in der forensischen Ambulanz möglich gewesen sei. Nach den genannten Autoren zeichnete sich bereits zu diesem Zeitpunkt „ein ganz deutlicher kostendämpfender Faktor“ (a. a. O., S. 161) der forensischen Sicherheitsnachsorge ab.

1.1.2.4.2 Ausweitung und zweites bayerisches Modellprojekt

Ein zweites Modellprojekt zur „ambulanten Sicherungsnachsorge“ wurde vom StMAS im Jahre 2005 in Auftrag gegeben (ASN-II). Ergebnisse dieses zweiten bayerischen Modellprojekts bzw. detaillierte Beschreibungen der wissenschaftlichen Begleit-evaluation finden sich bei Mokros und Osterheider (2010) sowie bei Butz et al. (2013, 2014). Die Projektlaufzeit betrug fünf Jahre (2005 bis 2010), wobei ab dem 01.01.2009 keine neuen Patienten mehr aufgenommen wurden, da zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einführung einer flächendeckenden forensisch-psychiatrischen Nachsorge in Bayern geschaffen wurden (s. u.).

In dieses Projekt wurden $N = 105$ Patienten aufgenommen, sämtlich gem. § 63 StGB untergebracht. Zwölf der 14 bayerischen Maßregelvollzugskliniken waren

beteiligt⁹. Es handelte sich um eine „Hochrisiko-Stichprobe“ (Butz et al., 2014, S. 67), d. h. mindestens eines der folgenden Kriterien musste zur Aufnahme eines Patienten erfüllt sein: *schwerwiegende Delinquenz im Unterbringungsdelikt* (Gewalt- oder Sexualdelinquenz), *einschlägige Vordelinquenz*, *Komorbidität psychischer Störungen* oder eine *Vorgeschichte von Drohungen oder gewalttätigen Übergriffen im Rahmen von Inhaftierung oder Unterbringung*. Zur Untersuchung der Frage, inwiefern es sich bei der Stichprobe aus dem Projekt *ASN-II* um eine für ARV-Patienten in ambulanter Nachbehandlung repräsentative Patientengruppe handelte, wurde ein Vergleich mit einer bundesweiten Stichprobe von $N = 342$ ambulant betreuten MRV-Patienten, die zuvor ebenfalls gem. § 63 StGB untergebracht waren, aus dem Jahre 2009 (Hahn & Wörthmüller, 2009) durchgeführt. Anhand dieses Vergleichs ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede der beiden Stichproben hinsichtlich des Geschlechts, der Unterbringungsdauer, sowie bzgl. Haupt- und Mehrfachdiagnosen. Signifikante Unterschiede ergaben sich für das Durchschnittsalter der Patientengruppen ($p < .05$), wobei der Unterschied lediglich 2.6 Jahre betrug (M (ASN-II) = 46.3 Jahre; M (bundesweite Stichprobe) = 43.7 Jahre) und bzgl. des Anteils an Patienten mit Tötungsdelikt in der Anlassdelinquenz (ASN-II: 27 %; bundesweite Stichprobe: 15 %; $p < .01$), wobei dieser Unterschied auf die Einschlusskriterien bei der *ASN-II*-Hochrisiko-Stichprobe zurückging (Butz et al., 2013). Insgesamt war auf Basis dieses Vergleichs somit von einer weitgehend repräsentativen Stichprobe bei *ASN-II* für ambulant nachbetreute MRV-Patienten (§ 63 StGB) auszugehen (für Details zur *ASN-II*-Stichprobe sowie zum skizzierten Vergleich mit der bundesweiten Stichprobe siehe Butz et al., 2013).

Hinsichtlich der Legalbewährung der eingeschlossenen Patienten fanden sich in der Analyse von Auskünften aus dem Bundeszentralregister über eine mittlere *time at risk* (Zeit seit der bedingten Entlassung) von 3 Jahren und 8 Monaten für zwei Patienten erneute Eintragungen (d. h. deliktische Rückfallquote: 2 %; 95 %-Konfidenzintervall (KI) = [0 %; 4.9 %]); $n = 102$) (Butz et al., 2013). Zu einem späteren Analysezeitpunkt fand sich bei einem Katamneseintervall von durchschnittlich 5 Jahren eine deliktische Rückfallquote von 5.9 % (entspr. 6 rückfälligen Probanden; 95 %-KI = [2.0 %; 10.9 %]; $n = 101$) (ebd., 2014). Bei den sechs Patienten mit erneuten BZR-Einträgen wurden keine Fälle von schwerer Delinquenz (Gewalt- oder Sexualdelinquenz) verzeichnet. In Vergleichen dieser Rückfallquoten mit anderen Studien zur deliktischen Rückfälligkeit

⁹ Das Bezirkskrankenhaus Straubing ist eine Hochsicherheitsklinik, an der konzeptuell keine Entlassungen und somit auch keine Nachsorge vorgesehen sind. In der forensischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Parsberg werden ausschließlich Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, behandelt – somit findet hier keine Behandlung und keine Nachsorge für Patienten gem. § 63 StGB statt (Butz, Mokros & Osterheider, 2013).

bei nicht spezifisch nachbetreuten § 63-StGB-Maßregelvollzugspatienten in vergleichbaren Katamnesezeiträumen (z. B. Jehle et al., 2003: 18.5 % Rückfälle über 48 Monate; Jockusch & Keller, 2001: 40 % für allgemeine Rückfälle und 10.1 % für erneute schwere Delinquenz über 60 Monate) zeigten sich signifikante Unterschiede der Rückfallquoten, woraus möglicherweise auf einen rückfallreduzierenden Effekt forensisch-ambulanter Nachsorge auch im Rahmen des Projekts *ASN-II* geschlossen werden kann (Butz et al., 2014).

Neben den skizzierten Ergebnissen zur Legalbewährung zeigte sich im Rahmen von *ASN-II* eine gute psychopathologische Stabilität der eingeschlossenen Patienten: Das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten wurde durch die Bezugstherapeuten wiederholt anhand der Fremdbeurteilungs-Skala *Global Assessment of Functioning* (GAF, Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1998) eingeschätzt. Hierbei ergab sich über den Projektzeitraum eine signifikante ($p < .05$), wenn auch bzgl. des statistischen Effekts geringfügige (*Cohen's d* = 0.28) Verbesserung des durchschnittlichen Funktionsniveaus von 58.5 Punkte auf 61.9 Punkte (Butz et al., 2014). Zusätzlich ergab sich anhand einer dreistufigen Beurteilung des psychopathologischen Status der Patienten durch ihre Therapeuten zum Ende des Projekts bzw. der Nachsorge folgende Verteilung der Beurteilungen über die Gesamtstichprobe: für 55 % der Patienten „Zustand ist in etwa gleich geblieben“, für 38 % der Patienten „Zustand hat sich merklich gebessert“, für 7 % der Patienten „Zustand hat sich merklich verschlechtert“. Hieraus lässt sich auf eine gewisse Stabilisierung der Patienten im Verlauf des Modellprojekts schließen (Butz et al., 2014).

Im Rahmen des zweiten bayerischen Modellprojekts zur „ambulanten Sicherungsnachsorge“ wurden darüber hinaus deskriptiv verschiedene Behandlungsstandards und Vorgehensweisen bei der Nachsorge forensischer Patienten beschrieben (siehe Butz et al., 2013, 2014). Als wichtige, d. h. hinsichtlich Psychopathologie und Rückfallrisiko stabilisierende, Maßnahmen wurden hierbei (auf qualitativer Basis) folgende hervorgehoben (Butz et al. 2014): *stationäre Krisenintervention (gem. § 67 h StGB)*, *Widerruf der bedingten Entlassung (gem. § 67 g StGB)*, *enge Vernetzung der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen mit anderen an der Nachsorge der Patienten beteiligten Stellen und Institutionen* sowie *regelmäßige Medikamentenspiegel- und Suchtmittelkontrollen* im Rahmen der Nachsorgebehandlung. Zur Frage einer möglichen *Kostenreduktion* im Bereich Maßregelvollzug wurde in Anlehnung an die Begleitevaluation des Modellprojektes *ASN-II* schließlich die bereits genannte Schätzung abgegeben (siehe Punkt 1.1.2.1.1), nach der bezogen auf dreieinhalb Jahre ambulanter Nachsorge anstelle eines Jahres stationärer Unterbringung mehr als 50 % der für dieses Jahr anfallenden Kosten pro Patient eingespart werden könnten –

allerdings ohne dass diese Schätzungen anhand von empirischen Daten zu Verweildauern o. dgl. untermauert werden können (Butz et al., 2013).

1.1.2.4.3 Flächendeckende Etablierung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen im Freistaat Bayern

Das Projekt „Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten in Bayern II“ wurde als Modellprojekt gewissermaßen von den praktischen Entwicklungen in der Bundesrepublik und im Freistaat überholt (Butz et al., 2014): Im ersten bayerischen Modellprojekt (siehe Punkt 1.1.2.4.1) zeigten sich ebenso wie in ähnlichen Projekten aus dem Bundesgebiet (vgl. Punkt 1.1.2.3) und in Zwischenauswertungen des zweiten bayerischen Modellprojekts (vgl. Mokros & Osterheider, 2010) vor allem im Sinne einer Reduktion von Rückfallquoten sehr günstige Ergebnisse ambulant forensischer Nachsorge, was sich mit dem *Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht* 2007 (Beß, 2010) in der Bundesgesetzgebung niederschlug (vgl. Punkt 1.1.2.2). Aufgrund dieser Entwicklungen wurden vom bayerischen StMAS zum 1.1.2009 in Bayern die Voraussetzungen für eine flächendeckende und fest etablierte forensische Nachsorge durch die den Maßregelvollzugskliniken angegliederten forensisch-psychiatrischen Ambulanzen geschaffen (Butz et al., 2013, 2014). Seither bestehen an 13 der insgesamt 14 bayerischen Maßregelvollzugsstandorte forensisch-psychiatrische Ambulanzen. Einzig in der Hochsicherheitsklinik in Straubing, aus der keine Entlassungen erfolgen, existiert keine Ambulanz zur Nachsorge (Butz et al., 2014).

Ferner wurde im Januar 2010 ein auf fünf Jahre angelegtes wissenschaftliches Projekt zur begleitenden *Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen im Freistaat Bayern (EFA)* vom StMAS in Auftrag gegeben. Auftragnehmer war die Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg. Hauptziele der Begleitevaluation waren Untersuchungen zur Ergebnis- (Reduktion von deliktischer Rückfälligkeit und Kostensenkung), Struktur- (Erfassung personeller und logistischer Ausstattung) und Prozessqualität (Beschreibung von Behandlungsstandards) der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern (Butz et al., 2013, 2014). Die vorliegende Arbeit wurde in im Rahmen erweiterter Fragestellungen des Projekts *EFA* durchgeführt – frühere Zwischenergebnisse des Projekts wurden zuvor veröffentlicht (Butz et al., 2013, 2014).

Ein geografischer Überblick über die bayerischen Maßregelvollzugsstandorte, an die forensisch-psychiatrische Ambulanzen angegliedert sind, ist Abb. 1.2 zu entnehmen. Forensische Nachsorge wird seit 2009 an den 13 bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen für bedingt entlassene Maßregelvollzugspatienten, die

zuvor gem. § 63 StGB oder gem. § 64 StGB untergebracht waren, durchgeführt. Zudem werden dort – in deutlich geringerer Anzahl – auch Patienten behandelt, deren Unterbringung sogleich zur Bewährung ausgesetzt wurde (§ 67b StGB) sowie einige wenige Patienten, deren einstweilige Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wurde (gem. § 126a StPO i. V. m. § 116 Abs. 3 StPO; vgl. Punkt 1.1.1.1.4).



Abbildung 1.2

Standorte von Maßregelvollzugskliniken mit forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern geographisch

Anmerkungen. Standorte der bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen sind mit roten Punkten gekennzeichnet und in roter, kursiver Schrift angegeben.

Karte aus: http://d-maps.com/carte.php?num_car=15718&lang=de (Stand: 02.06.2015; Karte zur freien Nutzung).

1.1.2.4.4 Aktueller Stand forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in Bayern

Bayernweite Patientenzahlen der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen gehen aus den jährlichen Umfragen bei den Leitern der bayerischen Maßregelvollzugskliniken im Rahmen der Begleitevaluation forensisch-psychiatrischer Ambulanzen (*EFA*) hervor (vgl. Punkt 2.1.2). Die folgenden (bisher unveröffentlichten) deskriptiven Daten aus der Befragung der Leiter der bayerischen Maßregelvollzugskliniken aus dem Jahr 2014 sind nicht Hauptgegenstand der vorliegenden Arbeit und werden somit im Einleitungsteil zu Hintergrundinformationen dargestellt:

Zum Stand 1.2.2014 wurden in Bayern insgesamt 1585 Maßregelvollzugspatienten durch die 13 forensisch-psychiatrischen Ambulanzen betreut. 636 dieser Patienten (40.1 %) waren zuvor gem. § 63 StGB untergebracht bzw. wurden hiernach behandelt, 939 Patienten (59.2 %) wurden gem. § 64 StGB durch die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen versorgt. Zum Stand 1.2.2014 wurden in ganz Bayern zehn Patienten (0.6 %) durch die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen gem. § 126a StPO i. V. m. § 116 Abs. 3 StPO (einstweilige Unterbringung, ausgesetzt zur Bewährung; vgl. Punkt 1.1.1.1.4) behandelt.

Die Verteilung der zum Stand 1.2.2014 in Bayern ambulant behandelten Maßregelvollzugspatienten über die zuständigen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen ist, aufgeteilt nach Rechtsgrundlagen (§§ 63, 64 StGB und sonstige), grafisch in Abbildung 1.3 dargestellt.

Neben Patientenzahlen gehen aus der jährlichen Befragung der Maßregelvollzugsleiter in Bayern im Rahmen des Projekts *EFA* folgende Angaben zur personellen und räumlichen Ausstattung der bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen zum Stand 1.2.2014 hervor.

Es existierten zum Mitteilungszeitpunkt 1.2.2014 in den bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen zwischen 2.65 und 16.15 Mitarbeiter-Planstellen ($M = 7.22$; $SD = 4.22$). Diese Stellenkontingente korrelieren (hochsignifikant) stark mit den Anzahlen der Patienten, die durch die jeweiligen Ambulanzen betreut wurden (Korrelationskoeffizient $r = .89$, $p < .01$). Hiernach stehen Patienten- und Stellenanzahlen in enger, direkt proportionaler Beziehung zueinander. Die in den forensisch-psychiatrischen Ambulanzen eingesetzten Mitarbeiter (in der Reihenfolge nach Stellenkontingenten) sind bzgl. ihrer beruflichen Qualifikationen (Fach-) KrankenpflegerInnen ($M = 2.41$ Stellen pro Ambulanz, $SD = 1.09$), SozialarbeiterInnen bzw. Sozial- oder DiplompädagogInnen ($M = 1.65$ Stellen, $SD = 1.18$), (Fach-) ÄrztInnen ($M = 1.52$ Stellen, $SD = 1.31$), PsychologInnen ($M = 1.37$ Stellen, $SD = 1.35$), ArzthelferInnen und medizinische Fachangestellte ($M = 0.53$ Stellen, $SD = 0.57$) und Verwaltungskräfte ($M = 0.03$ Stellen, $SD = 0.08$). Über alle

Berufsgruppen hinweg ergibt sich ein Stellenschlüssel von einem Ambulanz-Mitarbeiter pro 16.88 Patienten.

Bzgl. der räumlichen Ausstattung wurde zum Stand 1.2.2014 angegeben, dass in acht der 13 erfassten Kliniken eigene Räumlichkeiten für die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen vorhanden waren, an zwei Standorten wurden Räumlichkeiten der stationären Maßregelvollzugsklinik für die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen genutzt, an den verbleibenden drei Standorten sowohl separate als auch zusätzlich zur Maßregelvollzugsklinik gehörige Räumlichkeiten. Die Anzahlen der Räume pro forensisch-psychiatrischer Ambulanz schwankten zwischen minimal drei Räumen und maximal 14 Räumen (Durchschnitt $M = 6.85$ Zimmer, $SD = 3.13$). Die meisten der vorhandenen Räumlichkeiten wurden über alle Ambulanzen hinweg als Büroräume und/oder für die Behandlung von Patienten genutzt.

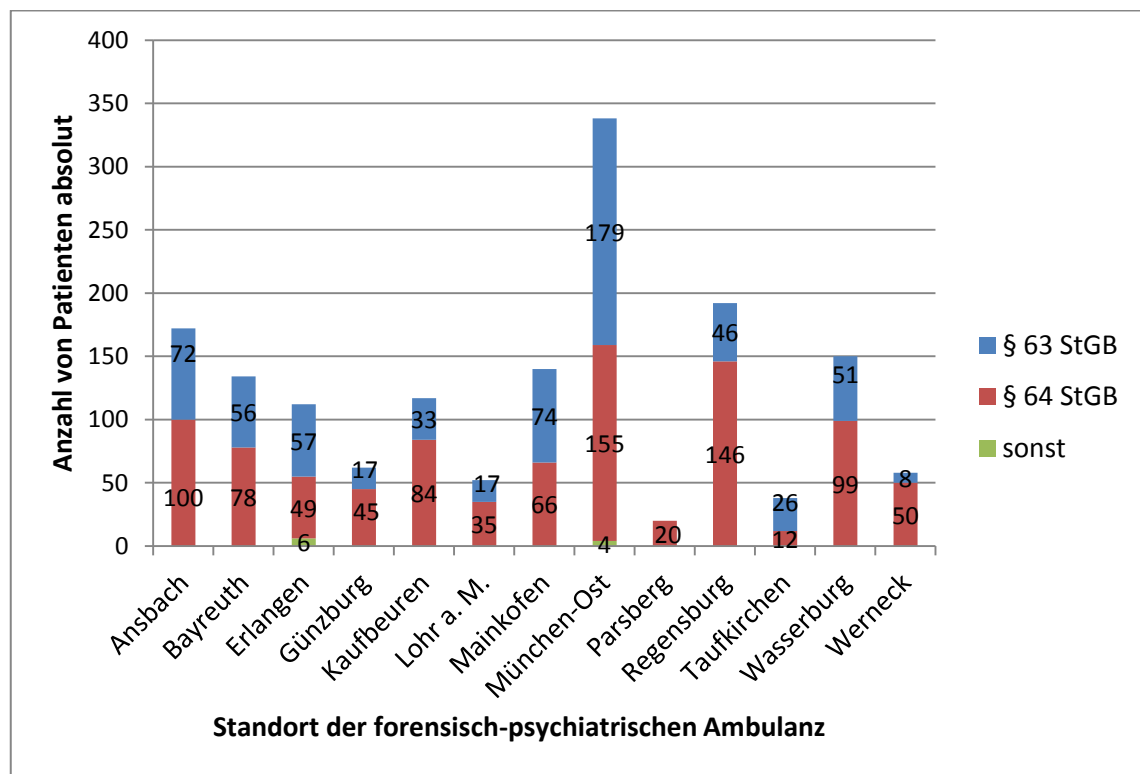


Abbildung 1.3

Patientenzahlen (absolut) nach forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern zum Stand 1.2.2014

Anmerkung. Die Kategorie „sonst“ bezeichnet zusammengefasst alle (insgesamt $n = 10$) Patienten, die zum Stand 1.2.2014 in Bayern mit der Rechtsgrundlage einer einstweiligen Unterbringung, die zur Bewährung ausgesetzt und zugleich mit der Anordnung versehen wurde, sich bei der forensischen Ambulanz vorzustellen, durch die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen behandelt wurden (§ 126a StPO i. V. m. § 116 Abs. 3 StPO; vgl. Punkt 1.1.1.1.4).

1.2 Forensische Risikoprognose

1.2.1 Definitorisches und Zweck

Mit der Frage „Worum handelt es sich bei der forensischen Prognose?“ wird in der breiten Fachliteratur im entsprechenden Bereich sehr unterschiedlich umgegangen. Während in vielen Aufsätzen und Artikeln – auch zu Grundlagen – zum Thema erst gar keine Versuche einer Begriffsbestimmung unternommen bzw. mitunter lediglich die Gesetzestexte (vgl. Fischer, 2014, s. auch Punkt 1.1.1.1) zitiert werden und/oder auf die Schwierigkeit der Aufgabe Risikoprognose verwiesen wird (z. B. König, 2011; Leygraf, 1998; Nedopil, 2001; Stadtland & Nedopil, 2005; Tondorf, 2005), finden sich in anderen Veröffentlichungen verschiedene Begriffe, die mit forensischer Prognose im Zusammenhang stehen. Eine Auswahl der relevanten Begriffe soll im Folgenden kurz skizziert und erläutert werden, wobei sich die Darstellung maßgeblich an den Ausführungen von Gretenkord (2013) orientiert:

Unter *Prognose* lässt sich im Allgemeinen „eine Vorausschau, ein Blick in die Zukunft“ (Gretenkord, 2013, S. 19) verstehen, d. h. eine Aussage darüber mit welcher Wahrscheinlichkeit ein bestimmtes Ereignis unter bestimmten Bedingungen in der Zukunft (oder einem bestimmten in der Zukunft liegenden Zeitraum) eintreffen wird oder aber, ob eine Person ein bestimmtes Verhalten zeigen wird. Bei *Legalprognosen* geht es konkret darum, ob jemand gegen irgendein Gesetz verstoßen wird, bei *Kriminalprognosen* weiter um einen künftigen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch. Im forensischen Bereich handelt es sich hierbei zumeist um *Rückfall- oder Rezidivprognosen*, d. h. die Frage künftiger Gesetzesverstöße bezieht sich auf bereits straffällig gewordene Probanden und somit auf mögliche *erneute* Delikte (Gretenkord, 2013; Nedopil, 2005). Ferner ist in der einschlägigen Fachliteratur häufig vom Begriff der *Gefährlichkeit* die Rede, hinsichtlich dessen es – wenn vorhanden – recht unterschiedliche Definitionen gibt (Seifert, 2007a). Dessecker (1996) weist darauf hin, dass es „keinen für alle Rechtsgebiete einheitlichen Begriff der Gefahr“ (a. a. O., S. 19) gibt und führt ferner die Definition von Gefahr nach Götz (1993, zitiert nach Dessecker, 1996, S. 19) als „erkennbare, objektive, nicht entfernte Möglichkeit des Schadenseintritts“ an, die sich auf ein bestimmtes „Schutzgut“ (Dessecker, 1996, S. 19) beziehen muss. Konkret bezieht sich der Begriff der Gefährlichkeit im strafrechtlichen Bereich um das mögliche Begehen *erheblicher rechtswidriger Taten* (Dessecker, 1996; Fischer, 2014), also Straftaten. Dahle (2006) unternimmt einen

Definitionsversuch von Gefährlichkeit als die „Erwartung künftiger gravierender Normübertretungen [...] eines Rechtsbrechers“ (2006a, S. 1). Letztlich ist insbesondere in internationalen Veröffentlichungen häufig die Rede von *Risiko* – oft in Verbindung mit verschiedenen Faktoren die sich auf die Legalprognose eines Straftäters auswirken, in englischsprachigen Veröffentlichungen ist *Risk Assessment* ein feststehender Begriff (Campbell, French & Gendreau, 2009; DeMatteo, Heilbrunn & Marczyk, 2005; Eisenbarth, Osterheider, Nedopil & Stadtland, 2012; Höffler & Stadtland, 2013; Lindqvist & Skipworth, 2000; Mann, Hanson & Thornton, 2010; Seto & Lalumière, 2010; Singh, Grann & Fazel, 2011; Troquete et al., 2013). In diesem Kontext ist hierunter die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Person zu verstehen, ein bestimmtes schädigendes Verhalten zu zeigen (also in aller Regel Straftaten). Dahle (2007, S. 102) fasst forensische Prognose schließlich zusammen als „die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit zukünftiger Rechtsbrüche des Täters“. In der vorliegenden Arbeit ist der Begriff der *Prognose* (oder aber verwandte oben aufgeführte Begriffe) – sofern nicht explizit anders gekennzeichnet – so zu verstehen wie von Dahle (2007) beschrieben.

Die Vielzahl von Rechtsentscheidungen, im Rahmen derer von juristischer Seite eine Einschätzung der Gefährlichkeit eines Straftäters gefordert ist (vgl. Dahle, 2007; Seifert, 2007a), lassen sich ihrer Häufigkeit nach auf folgende Ausgangssituationen für Prognoseentscheidungen zusammenfassen¹⁰: fragliche Aussetzung des Restes befristeter (über zwei Jahre dauernder) oder lebenslanger Freiheitsstrafen (§§ 57, 57a StGB) bei Gewalt- oder Sexualdelikten, fragliche Anordnung von Maßregeln der Besserung und Sicherung inkl. Sicherungsverwahrung (§§ 63, 64, 66 StGB), fragliche (weitere) Vollstreckung (oder Aussetzung) eben dieser Maßregeln (§§ 67d, b StGB) (Dahle, 2006a; Fischer, 2014; Nedopil, 2001). Bezogen auf das bundesdeutsche Maßregelvollzugssystem (§§ 63, 64 StGB) sind Prognoseentscheidungen somit primär bei der Anordnung sowie der Aussetzung von Maßregeln relevant.

Hintergrund und primärer Zweck von Prognoseentscheidungen ist der Schutz der Allgemeinbevölkerung vor Straftaten durch gefährliche Personen. Wird ein Straftäter als „gefährlich“ eingestuft, wird bzw. bleibt er zum Schutz der Bevölkerung, d. h. zur Gefahrenabwehr, untergebracht. Eine Entlassung erfolgt meist nur, wenn aus prognostischer Sicht keine weiteren erheblichen Straftaten vom Täter zu erwarten sind (Dahle, 2006a; Dessecker, 1996; Leygraf & Seifert, 2003; Seifert, 2007a). Die Entscheidung über die Gefährlichkeit eines Straftäters trifft das zuständige Gericht,

¹⁰ Vollzugsbezogene Entscheidungen wie Lockerungen, Beurlaubungen oder Art des Vollzugs werden hier nicht berücksichtigt (vgl. Dahle, 2006a).

wobei in den meisten oben genannten Fällen psychiatrische Sachverständige als Berater des Gerichts zu Rate gezogen werden (Dahle, 2006a; Gretenkord, 2013; Leygraf & Seifert, 2003; Nedopil, 2001; Randermann, 2008). Der Sachverständige ist hierbei nach den von Boetticher et al. (2007) veröffentlichten Mindestanforderungen für Prognosegutachten in der BRD angehalten, über den Einzelfall unter „Abgleich mit dem empirischen Wissen über das Rückfallrisiko möglichst ähnlicher Tätergruppen“ (a. a. O., S. 98), unter Einsatz „methodischer Mittel, die dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand gerecht werden“ (a. a. O., S. 92) (also unter Berücksichtigung empirisch gesicherter kriminologischer und psychiatrischer Risikovariablen und unter Einsatz standardisierter Verfahren), auf Basis von „schriftlich dokumentierten Informationen und der Untersuchung des Probanden selbst“ (a. a. O., S. 95) sowie ggf. Zusatzuntersuchungen eine möglichst konkrete Einschätzung zum künftigen Verhalten des Probanden sowie seines konkreten Rückfallrisikos (Art und Zeitraum der ggf. zu erwartenden Straftaten) und zum bestmöglichen institutionellen Umgang mit eben diesem Risiko abzugeben (Boetticher et al., 2007).

1.2.2 Arten von Prognosemethoden

Abseits verschiedener begrifflicher Unterschiede und mitunter akademisch anmutender Diskussionen über Kategorisierungen lassen sich grundlegend drei methodische Vorgehensweisen bei der Erstellung einer Risiko- oder Gefährlichkeitsprognose im forensischen Sinne anführen (Dahle, 2006a; Dahle, 2007; Gretenkord, 2013; Kielisch, 2003; Randermann, 2008; Seifert, 2007a):

1. Die *statistische oder aktuarische Methode* stellt den „methodische[n] Idealtypus einer vollständig regelgeleiteten Methode“ (Dahle, 2006a, S. 26) dar: Sowohl zu berücksichtigende Faktoren oder Variablen als auch deren Bewertung bzw. Gewichtung und die hierfür vorgesehenen Untersuchungsmethoden sind idealiter vorgegeben. Die zu treffende Entscheidung ruht so auf einer vorgegebenen mathematischen Berechnung, Ergebnis ist eine Wahrscheinlichkeitsangabe auf Basis von Untersuchungen hinsichtlich der zu berücksichtigenden Merkmale bei möglichst gleichartigen Gruppen von Probanden (Gretenkord, 2013). Aktuarische Prognosemethoden bestehen in Form von Prognosetafeln, die meist wenige und größtenteils weitgehend unveränderliche Items (wie demografische Daten und kriminelle Vorgeschichte) enthalten (Kielisch, 2003; Randermann, 2008).

2. Im Gegensatz hierzu steht die *intuitive Methode*. Hierbei bestehen keine Regeln hinsichtlich Auswahl oder Bewertung bestimmter Variablen und keine empirische Grundlage. Der Untersucher lässt sich – auf Basis seiner subjektiven Erfahrung – lediglich vom untersuchten individuellen Probanden und seinem Eindruck als Untersucher leiten (Dahle, 2006a). Sie ist das wissenschaftlich am wenigsten fundierte Verfahren, das nach Kielisch (2003) oder Randerman (2008) in der forensischen Praxis jedoch am häufigsten eingesetzt wird. Gretenkord (2013) bezeichnet die intuitive Prognose als „Fehlform klinischer Prognose“ (a. a. O., S. 20) vor dem Anspruch wissenschaftlich fundierten Arbeitens (vgl. auch Dahle, 2006).
3. Den Mittelweg zwischen wissenschaftlicher Fundierung, also Einbezug von empirischem Wissen über Gruppen vergleichbarer Straftäter und Berücksichtigung individueller Variablen des Probanden, geht – vereinfacht gesprochen – die *klinische*, mitunter auch *klinisch-strukturierte* oder seltener *klinisch-idiografische Prognose*. Hier findet unter Berücksichtigung des Einzelfalls regelgeleitetes Vorgehen vor allem bei der Auswahl und teilweise sowie weniger strikt als bei der aktuarischen Methode auch bei der Bewertung der in die Prognose einbezogenen Variablen statt (Dahle, 2006a; Gretenkord, 2013; Kielisch, 2003). So sollen die Vorteile der statistischen Vorgehensweise (empirische Fundierung) genutzt werden und gleichzeitig individuelle Gegebenheiten wie therapeutische Fortschritte oder Erkenntnisse aus der Behandlung berücksichtigt werden (Randermann, 2008). Damit soll eine zur statistischen Methode zunehmende Differenzierung bei der Frage der Prognose erreicht werden (Seifert, 2007b).

1.2.3 Prognosefaktoren

1.2.3.1 Statische und dynamische Risikofaktoren

Prognosefaktoren, häufig auch als Risikofaktoren bezeichnet, sind einzelne Merkmale oder Variablen von Probanden(gruppen), die – empirisch bestätigt – im statistischen Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit stehen, eine Straftat zu begehen. Insofern lassen Risikofaktoren eine (bedingte) Vorhersage auf die Wahrscheinlichkeit bestimmter Tätergruppen zu, in einem bestimmten Zeitraum bestimmte Delikte oder aber kriminelles Verhalten allgemein zu zeigen (Dahle, 2007, Seifert, 2007a, 2007b). Weit verbreitet ist die Unterscheidung zwischen *statischen* und *dynamischen*

Risikofaktoren (Andrews & Bonta, 2010; Gendreau, Little & Goggin, 1996; Nedopil, 2001, 2005; Philipse, Koeter, van der Staak, & van den Brink, 2006): Statische Faktoren sind Variablen, die unveränderlich und somit festgeschrieben sind, hierzu zählen „anamnestische[...] Daten, persönlichkeitsgebundene[...] Dispositionen und kriminologische[...] Faktoren“ (Nedopil, 2001, S. 364) eines Straftäters. Dynamische Risikofaktoren bestehen in Variablen, die über die Zeit einer Veränderung unterworfen sein können und werden von einigen Autoren nochmals in *fixiert dynamische* und *akut* oder *aktuell dynamische* Faktoren unterteilt (Hanson & Harris, 1998; Nedopil, 2001), wobei diese Trennung mitunter etwas unscharf erscheint. Zu fixiert dynamischen Faktoren gehören bspw. „Fehlhaltungen und -einstellungen, sowie risikoträchtige Reaktionsmuster“ (Nedopil, 2001, S. 365). Sie sollen Aufschluss geben über die Behandelbarkeit eines Straftäters. Akut dynamische Faktoren sind z. B. die klinische Symptomatik, Einstellungen und Verhaltensweisen in verschiedenen Situationen sowie häufig Auffälligkeiten und Schwierigkeiten in Bezug auf den Umgang mit oder die Behandlung des Straftäters/Patienten. Die akut dynamischen Risikofaktoren sollen Schlüsse zulassen auf das aktuelle Risiko bzw. den Zeitpunkt einer erhöhten Gefahr (Nedopil, 2001).

Mitunter wird in der Literatur stärker die Beachtung von *protektiven Faktoren* bei der Erstellung von Risikofaktoren gefordert (Nedopil, 2005, 2011; Rogers, 2000). Hierunter sind Variablen zu verstehen, deren Vorhandensein das Risiko für erneute Delinquenz verringert, wie beispielsweise ein adäquater sozialer Empfangsraum oder eine hohe Behandlungscompliance. Allerdings ist zu konstatieren, dass es sich bei „Risikofaktoren“ letztlich um „inverse protektive Faktoren“ handelt und umgekehrt – ob sich eine Variable nun steigernd oder verringernd auf die Rückfallgefahr einer Person auswirkt, ist der Richtung – also dem mathematischen Vorzeichen – des statistischen Zusammenhangs zwischen der betreffenden erklärenden Variable und der abhängigen Variable Rückfälligkeit zu entnehmen. Ferner beinhalten viele Prognoseinstrumente oder -Checklisten mittlerweile durchaus Risiko- und protektive Faktoren (vgl. Punkt 1.2.3.2.2). Im Sinne einer höheren begrifflichen Genauigkeit sprechen viele Studien bzw. Autoren hinsichtlich der Vorhersage von kriminellem Verhalten allgemein von *Prädiktoren* anstatt von Risiko- und protektiven Faktoren (Bonta et al., 1998; Elbogen & Johnson, 2009; Gendreau et al., 1996; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Hodgins, Hiscoke & Freese, 2003; Kielisch, 2003; Paolucci, Viaolato & Schofield, 2000; Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003). In der vorliegenden Arbeit sind die Begriffe *Prädiktor* und *Risikofaktor* bzw. *Prognosefaktor* als synonym zu betrachten.

1.2.3.2 Forschungsergebnisse zu Prognose und Rückfälligkeit

1.2.3.2.1 Studienlage und -Auswahl

Ein großer Teil von Prognoseinstrumenten und zugehörigen Studien bezieht sich speziell auf Sexualdelinquenz (z. B. Hanson, Helmus & Thornton, 2010; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Helmus, Hanson, Thornton, Babchishin & Harris, 2012; Levenson, Sandler & Freeman, 2012; Mann et al., 2010; Rettenberger, 2009; Rettenberger, Haubner-Maclean & Eher, 2013; Rossegger, Gerth, Urbaniok, Laubacher & Endrass, 2010; Seto & Lalumière, 2010; Worling, Bookalam & Litteljohn, 2012). Da in der zugrundeliegenden Arbeit eine (nach Diagnosen oder Anlassdelikten) unselektierte Stichprobe erhoben wurde, in welcher der Anteil an Sexualstraftätern zudem vergleichsweise gering war (vgl. Punkt 2.4.2), finden hier ausschließlich Verfahren zur Vorhersage von Kriminalität bzw. Gewalt allgemein Beachtung. Ferner bleiben deshalb auch Studien außen vor, die sich auf Stichproben mit bestimmten Diagnosen wie z. B. Schizophrenie (Hodgins, 2008; Hodgins et al., 2003; Lamberti, 2007; Räsänen et al., 1998; Tengström, 2001; Tengström, Grann, Langström & Kullgren, 2000) oder ADHS (Eisenbarth et al., 2008) beziehen, ebenso wie Studien zu Stichproben, die nach anderen speziellen Kriterien wie bestimmten Altersgruppen (van der Put et al., 2013) oder Geschlecht (Coid et al., 2009; Eisenbarth et al., 2012) selektiert wurden. König (2011) weist explizit darauf hin, dass Studienergebnisse immer abhängig sind von der Qualität und Selektion der untersuchten bzw. für Metaanalysen eingeschlossenen Stichproben – insofern sind wie oben aufgeführte Studien mit selektierten Stichproben für die vorliegende Arbeit nur von untergeordneter Relevanz. Aus diesem Grund werden auch Studien, die ausschließlich Straftäter aus dem Straf- oder Justizvollzug untersuchen, nicht berücksichtigt (z. B. Dahle, 2006b; Fries, Rossegger, Endrass & Singh, 2013; Hakansson & Berglund, 2012; Morrissey et al., 2007; Rossegger, Urbaniok, Elbert, Fries & Endrass, 2010).

In Übereinstimmung mit der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Stichprobe bzw. den beiden Substichproben psychisch kranker und abhängigkeitserkrankter Straftäter, die im stationären Maßregelvollzug untergebracht und behandelt wurden, beziehen sich die folgenden Ausführungen größtenteils auf Stichproben mit ebenfalls psychiatrischer oder Suchterkrankung, die spezifische Behandlung erfahren haben sowie auf Studien mit „gemischten“ Stichproben, in denen sowohl psychisch kranke als auch gesunde Straftäter untersucht wurden. Zudem ist anzumerken, dass es sich aufgrund der kaum zu überschauenden Menge an Studien zum Thema Rückfälligkeit von Straftätern nur um einen nach Relevanz ausgewählten Ausschnitt an

Forschungsergebnissen zu der genannten Thematik handelt, der keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Für umfassendere Überblicke sei z. B. auf die unten aufgeführten Metaanalysen verwiesen.

1.2.3.2.2 Ausgewählte Prognose-Instrumente

In der aktuellen Literatur zum Thema deliktische Rückfälligkeit bzw. forensische Prognose findet sich eine große Menge an Studien, in denen die Vorhersagegüte bestimmter Prognoseinstrumente oder Prognose-Checklisten an ausgewählten, zumeist selektierten Stichproben (Rossegger & Urbaniok et al., 2010) aus Straf- oder Maßregelvollzug (oder analogen Vollzugs- und Unterbringungseinrichtungen aus anderen Ländern) überprüft wird. Vereinfacht gesprochen handelt es sich bei solchen Verfahren um Zusammenfassungen oder Auflistungen (Checklisten zur Fremdbeurteilung) von empirisch belegten Faktoren, bei denen auf Basis umfangreicher Studien davon ausgegangen werden kann, dass sie systematisch mit der deliktischen Rückfälligkeit bestimmter Straftätergruppen korrelieren (Dahle, 2006a, 2007; Gretenkord, 2013; Nedopil, 2001). Unterschiede zwischen einzelnen Prognosechecklisten bestehen bspw. darin, auf welche Tätergruppen (z. B. separiert nach Diagnose, Geschlecht, Alter, Anlassdelinquenz) sie sich beziehen, für welche Zeiträume sie Vorhersagen zulassen, welche Arten von (delinquentem) Verhalten vorhergesagt werden können und wie/ob Gewichtungen zwischen einzelnen Risikovariablen innerhalb eines Verfahrens vorgegeben sind (für genauere Informationen siehe z. B. Gretenkord, 2013). Eine umfassende Übersicht gängiger Prognoseinstrumente würde den Rahmen dieser Arbeit bei Weitem sprengen. Der interessierte Leser sei hierfür z. B. auf das „Handbuch kriminalprognostischer Verfahren“ von Rettenberger und v. Franqué (2013) verwiesen.

Wie aus verschiedenen Metaanalysen hervorgeht (z. B. Campbell et al., 2009; Yang, Wong & Coid, 2010), ist die Vorhersagegüte für künftige (Gewalt-) Delinquenz bezogen auf die einzelnen Effektstärken und damit die Differenzierung verschiedener Instrumente zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Straftätern unter den aktuell gängigen Prognose-Instrumenten weitgehend vergleichbar. Nach Yang et al. (2010) sind die gängigen Prognose-Checklisten letztlich austauschbar, wenn es ausschließlich um die Vorhersage künftiger Gewalt geht. Insofern können im Folgenden beispielhaft drei verbreitete Prognose-Instrumente (die auch in einem Großteil der einschlägigen Veröffentlichungen Niederschlag finden), skizziert werden: die *Psychopathy-Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003), das *Historical, Clinical and Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme* oder kürzer *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20; Webster et al., 1997) und der *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG; Harris, Rice &

Quinsey, 1993; Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2006). Andere Prognosechecklisten und -Verfahren, die genannt, aber nicht näher erklärt werden, sind wie dargestellt vergleichbar hinsichtlich ihrer Vorhersagegüte von (Gewalt-) Straftaten.

- *PCL-R*: Die revidierte *Psychopathy Checklist* besteht aus 20 einzelnen Items (siehe Tab. 1.2). Die Erhebung der Merkmale, die das Konstrukt der Psychopathie ausmachen, welches eng im Zusammenhang mit Gefährlichkeit für Gewaltdelinquenz (inkl. Sexualdelinquenz) steht, erfolgt mithilfe eines halbstrukturierten Interviews und anhand der inhaltlichen Auswertung relevanter (Straf-)Akten. Kodiert werden insgesamt 20 Merkmale, und zwar auf einer dreistufigen Skala: „nein“ (0), „teilweise“ (1) oder „ja“ (2). Der Maximalscore der *PCL-R* liegt folglich bei 40 Punkten. Erreicht ein Proband einen Gesamtscore von 30 oder mehr Punkten, ist vom Vorliegen einer psychopathischen Persönlichkeit(sstörung) auszugehen (vorgeschlagener Trennwert für deutschsprachige Stichproben nach einer Metanalyse von Mokros et al., 2013: 25 Punkte). Entscheidender als dieser Trennwert ist allerdings, dass es sich bei der Psychopathie um ein *dimensionales* Konstrukt handelt (Hare & Neumann, 2005). Das heißt, ein höherer Summenwert in der *PCL-R* impliziert ein größeres Delinquenzrisiko.

Das Konstrukt der *Psychopathischen Persönlichkeitsstörung* beinhaltet zwar einige Überschneidungen mit der *antisozialen* bzw. *dissozialen Persönlichkeitsstörung*, wie sie in den Diagnostikmanualen *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 2000) bzw. *ICD-10* (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010) beschrieben sind, umfasst jedoch eine größere, differenziertere Anzahl an Merkmalen, mit Hilfe derer eine genauere Aussage über die Gewaltbereitschaft von Personen gemacht werden kann. Die 20 Items lassen sich in zwei Faktoren und diese wiederum in jeweils zwei Facetten untergliedern (vgl. Tab. 1.2).

Tabelle 1.2

Items der Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)

#	Item	Faktor ^a	Facette ^b
1	<i>Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme</i>	1	1
2	<i>Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl</i>	1	1
3	<i>Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger) / ständiges Gefühl der Langeweile</i>	2	3
4	<i>Pathologisches Lügen (Pseudologie)</i>	1	1
5	<i>Betrügerisch-manipulatives Verhalten</i>	1	1
6	<i>Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein</i>	1	2
7	<i>Oberflächliche Gefühle</i>	1	2
8	<i>Gefühlskälte, Mangel an Empathie</i>	1	2
9	<i>Parasitärer Lebensstil</i>	2	3
10	<i>Unzureichende Verhaltenskontrolle</i>	2	4
11	<i>Promiskuität</i>	-	-
12	<i>Frühe Verhaltensauffälligkeiten</i>	2	4
13	<i>Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen</i>	2	3
14	<i>Impulsivität</i>	2	3
15	<i>Verantwortungslosigkeit</i>	2	3
16	<i>Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen</i>	1	2
17	<i>Viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen</i>	-	-
18	<i>Jugendkriminalität</i>	2	4
19	<i>Missachtungen von Auflagen und Weisungen</i>	2	4
20	<i>Polytrope Kriminalität</i>	2	4

Anmerkungen. PCL-R nach (Hare, 1991, 2003), Übersetzung nach Nedopil (2001)

^a: Faktor 1: interpersonell-affektive Auffälligkeiten, Faktor 2: antisozialer Lebensstil

^b: Facette 1: interpersonell, Facette 2: affektiv, Facette 3: Lebensstil, Facette 4: antisozial

- HCR-20: Die deutsche Fassung des *Historical, Clinical and Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme* besteht aus 20 *Items*, von denen sich zehn auf biografische Aspekte (Historical items), fünf auf aktuelle dynamische Risikofaktoren (Clinical items) und fünf Items auf das Risikomanagement bzw. Zukunftsperspektiven (Risk management items) des Probanden beziehen (Items s. Tab. 1.3).

Tabelle 1.3

Items des Historical Clinical Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20)

#	Item
Historische Items (H)	
H1	<i>Frühere Gewaltanwendung</i>
H2	<i>Geringes Alter bei erster Gewalttat</i>
H3	<i>Instabile Beziehungen</i>
H4	<i>Probleme im Arbeitsbereich</i>
H5	<i>Substanzmissbrauch</i>
H6	<i>(Gravierende) seelische Störung</i>
H7	<i>Psychopathy (PCL-Wert)</i>
H8	<i>Frühe Fehlanpassung</i>
H9	<i>Persönlichkeitsstörung</i>
H10	<i>Frühere Verstöße gegen Auflagen</i>
Klinische Items	
C1	<i>Mangel an Einsicht</i>
C2	<i>Negative, deliktförderliche Einstellungen</i>
C3	<i>Aktive Symptome</i>
C4	<i>Impulsivität</i>
C5	<i>Fehlender Behandlungserfolg</i>
Risikomanagement-Items	
R1	<i>Fehlen realisierbarer Pläne</i>
R2	<i>Destabilisierende Einflüsse</i>
R3	<i>Mangel an Unterstützung</i>
R4	<i>Mangelnde Compliance</i>
R5	<i>Stressoren</i>

Anmerkung. HCR-20 nach Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997), Übersetzung nach Müller-Isberner, Jöckel & Gonzales Cabeza (1998)

Die Items des HCR-20 werden anhand der vorhandenen Akteninformationen und aus der Exploration – explizite Angaben und Eindruck des Probanden – eingeschätzt, wobei im Falle von Widersprüchen die Akteninformationen als vertrauenswürdiger und somit als faktisch gegeben angenommen werden (Douglas, Webster, Hart, Eaves & Ogloff, 2001; Webster et al., 1997). Die Bewertung jedes Items erfolgt wie in der PCL-R auf einer dreistufigen Skala:

„nein“ (0), „möglicher- / teilweise“ (1) oder „ja“ (2). Es bestehen keine explizit vorgegebenen Regeln zur Gewichtung oder Bewertung der einzelnen Items, ebenso wenig explizite Berechnungen von Risikowahrscheinlichkeiten, wie sie bei aktuarischen Prognose-Instrumenten angegeben werden. Mit Hilfe des HCR-20 sollen die aufgelisteten Bereiche umfassend untersucht bzw. in die risikoprognostischen Überlegungen aufgenommen werden. Eine Gewichtung der Items wird vom Untersucher individuell für den jeweiligen Probanden vorgenommen. Die risikoprognostische Einordnung erfolgt somit im Sinne einer „strukturierten professionellen Beurteilung“ (*structured professional judgement, SPJ*; Webster et al., 1997).

- VRAG: Der *Violence Risk Appraisal Guide* ist ein aktuarisches Prognoseinstrument zur Vorhersage einschlägiger deliktischer Rückfälle von Gewalt- und Sexualstraftätern. Er besteht aus 12 Items bzw. Faktoren (s. Tab. 1.4), die anhand von Akteninformationen – ggf. ergänzt durch Exploration des Probanden – eingeschätzt werden. Es handelt sich hierbei um statische, also weitgehend unveränderliche Faktoren. Für jeden Faktor ist eine von zwischen zwei bis sechs vorgegebenen Ausprägungen auszuwählen, je nach Auswahl werden Punktwerte addiert. Das Ergebnis des VRAG ist ein Summenwert, der in eine von neun Risikokategorien überführt werden kann. Für jede Risikokategorie sind Rückfallwahrscheinlichkeiten in Bezug auf Gewalt- (inkl. Sexual-) Straftaten über Zeiträume von sieben und zehn Jahren angegeben. Hierbei handelt es sich um statistische Rückfallwahrscheinlichkeiten von Straftätergruppen, ein individuelles Rückfallrisiko kann einzig mit Hilfe des VRAG nicht ohne weiteres angegeben werden. Entwickelt wurde der VRAG an einer kanadischen Stichprobe von 618 Gewaltstraftätern (Harris et al., 1993; Quinsey et al., 2006).

Tabelle 1.4

Items des Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)

#	Item ^a
1	<i>Bis zum 16. Lebensjahr mit beiden biologischen Elternteilen gelebt (außer bei Tod eines Elternteils) (2)</i>
2	<i>Mangelnde Anpassung in der Grundschule (bis und mit 8. Klasse) (3)</i>
3	<i>Alkoholprobleme in der Vorgeschichte (4)</i>
4	<i>Zivilstand (zum Zeitpunkt des Indexdelikts) (2)</i>
5	<i>Punktwert der kriminellen Vorgeschichte für Verurteilungen und Anklagen für nicht-gewalttätige Delikte vor dem Anlassdelikt^b (2)</i>
6	<i>Versagen bei früherer bedingter Entlassung (inkl. früherer oder aktueller Verstöße gegen Auflagen/Weisungen, Widerruf, erneuter Anklagen inkl. Indexdelikt) (2)</i>
7	<i>Alter zum Zeitpunkt des Indexdelikts (aktuellster Geburtstag) (5)</i>
8	<i>Verletzungsgrad des Opfers (schwerstwiegende Verletzung beim Indexdelikt) (4)</i>
9	<i>Irgendein weibliches Opfer (Indexdelikt) (2)</i>
10	<i>Erfüllt die DSM-III-Kriterien für irgendeine Persönlichkeitsstörung (2)</i>
11	<i>Erfüllt die DSM-III-Kriterien für Schizophrenie (2)</i>
12	<i>Anzahl Punkte auf der Psychopathy Checklist-Revised (6)</i>

Anmerkungen. VRAG nach (Harris Rice & Quinsey, 1993; Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2006), Übersetzung nach Rossegger, Urbaniok, Danielsson und Endrass (2009)

^a: Anzahl der Beurteilungskategorien pro Item im Klammern

^b: nach dem Cormier-Lang-System (s. Harris Rice & Quinsey, 1993)

1.2.3.2.3 Forschungsergebnisse zu Prognose-Instrumenten

1.2.3.2.3.1 Studien mit gemischten Stichproben

Aus verschiedenen Studien zu gemischten (also psychisch kranken und gesunden) Straftätergruppen gehen Belege für die überzufällige Vorhersagegüte unterschiedlicher Prognoseinstrumente hervor. So berichten bspw. Leistico, Salekin, DeCoster und Rogers (2008) in einer internationalen Metaanalyse über 94 Studien mit insgesamt 15 826 Straftätern von einer mittleren, an der Stichprobengröße korrigierten Effektstärke (Median, d_{Med}) des PCL-R-Gesamtwertes zur Vorhersage von antisozialem Verhalten (deliktische Rückfälligkeit und/oder institutionelle Verstöße) von $d_{Med} = 0.57$,

wobei sich für den Faktor 1 der PCL-R eine geringere Effektstärke ergab ($d_{Med} = 0.38$) als für Faktor 2 ($d_{Med} = 0.58$)¹¹. In einer früheren Metaanalyse (Walters, 2003) mit den gleichen Outcome-Variablen zeigten sich anhand von 50 internationalen Studien Mittelwerte der an der Stichprobe gewichtete Effektstärken von $r_M = .18$ für Faktor 1, sowie $r_M = .28$ für Faktor 2. In einer Metanalyse über 1654 männliche, deutschsprachige Straftäter (Mokros, Vohs & Habermeyer, 2014) ergab sich eine Effektstärke von $d = 0.60$ für den Gesamtwert der PCL-R.

Auch zum HCR-20 bestehen verschiedene Belege für dessen Vorhersagegüte in Hinblick auf Gewalttaten bei gemischten Straftätergruppen. So berichten bspw. Stadtland und Nedopil (2005) aus einer Auswertung von 185 Prognosegutachten von einem *Area Under the Curve* (AUC)-Wert¹² zur prädiktiven Validität von $AUC = .661$ für den Gesamt-Score des HCR-20, sowie von AUC-Werten von $.682$ für den Score der historischen (H) Variablen und $AUC = .632$ für die Risiko (R)-Variablen. Für die klinischen (C) Variablen ergab sich kein signifikanter AUC-Wert. Ferner geben Douglas, Guy, Reeves & Weir (2008) in einem Literaturüberblick AUC-Werte zwischen $.57$ und $.85$ für die Vorhersagewerte des HCR-20 (Gesamtwert) an.

Auch aus Studien zu verschiedenen Prognoseinstrumenten (gleichzeitig) gehen größtenteils zufriedenstellende bis gute Werte hinsichtlich der prädiktiven Validität unterschiedlicher Instrumente hervor: So geben Gendreau et al. (1996) in einer etwas älteren Metaanalyse zu deliktischer Rückfälligkeit, die sich auf insgesamt 131 Studien bezieht und in die 1141 Effektstärken aus insgesamt sieben Skalen zu kriminellem Risiko (*Level of Service-Inventory*, LSI-R, Andrews & Bonta, 1995; *Wisconsin System*, Baird, 1981; *Salient Factor Score*, SFS, Hoffman, 1983; zusammengefasst andere) bzw. antisozialer Persönlichkeit (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI-basiert, Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989; PCL-R; zusammengefasst andere) einfließen, gemittelte und nach Stichprobengröße punktbiseriale Korrelationen mit deliktischer Rückfälligkeit zwischen $r_M = .27$ und $r_M = .35$ für die Risikoskalen bzw. zwischen $r_M = .16$ und $r_M = .28$ für die Skalen zu

¹¹ zur Interpretation des Effektstärkemaßes *Cohens d* siehe Tab. 2.2 (Punkt 2.3.2).

¹² *AUC = Area Under the Curve*: Maß der Kriteriumsvalidität/Trennschärfe eines Tests zur Unterscheidung zweier Gruppen. Die *AUC* wird – vereinfacht dargestellt – aus der Sensitivität und Spezifität eines Tests errechnet und ist auf Werte zwischen 0 und 1 normiert. Werte von $.50$ bedeuten eine Trennschärfe auf Zufallsniveau, Werte von 1 bedeuten perfekte Trennschärfe. Höhere Werte bedeuten im konkreten Fall, dass ein zufällig ausgewählter rückfälliger Proband mit überzufälliger Wahrscheinlichkeit im betreffenden Test einen höheren Wert erreicht als ein zufällig ausgewählter nicht rückfälliger Proband (vgl. z. B. Rossegger, Gerth, Urbaniok, Laubacher & Endrass, 2010).

antisozialer Persönlichkeit an. Aus einer deutschen Untersuchung (Höffler & Stadtland, 2013) von insgesamt 487 Straftätern (teils als psychisch gesund, teils als psychisch krank eingestuft) werden folgende *AUC*-Werte für die jeweiligen Prognoseinstrumente genannt: PCL-R: *AUC* = .71 (PCL-R-Faktor 2: *AUC* = .73), HCR-20: *AUC* = .70, VRAG: *AUC* = .71, *Integrierte Liste von Risikovariablen*, ILRV (Nedopil, 1997, 2001): *AUC* = .69. Die Autoren resümieren, dass die Treffergenauigkeiten aller hier untersuchten Prognose-Instrumente „vergleichbar“ (Höffler & Stadtland, 2013, S. 114) gewesen seien und sämtlich „moderate Treffergenauigkeit“ (a. a. O., S. 114) erzielt worden sei. Zu vergleichbaren Ergebnissen hinsichtlich der Vorhersage künftiger Gewalt zwischen verschiedenen Prognose-Instrumenten gelangten wie bereits genannt auch Yang et al. (2010) in einer internationalen Metaanalyse. Hierbei wurden insgesamt 174 Effektstärken aus 28 Studien zusammengefasst, neun verschiedene Prognose-Checklisten fanden Berücksichtigung. Die mittleren nach Stichprobengröße gewichteten Effektstärken rangierten zwischen $d = 0.58$ (LSI-R) und $d = 0.85$ (HCR-20) für die Vorhersage von Gewalttaten (PCL-R: $d = 0.64$, VRAG: $d = .74$). In einer weiteren internationalen Metaanalyse zu ebenfalls neun Prognose-Checklisten, wurden insgesamt die Daten von 25 980 Probanden aus 88 unabhängigen Stichproben einbezogen (Singh et al., 2011). Hier wurden u. a. Mediane der jeweiligen *AUC*-Werte aus den einbezogenen Untersuchungen für die einzelnen Verfahren berechnet (AUC_{Med}). Es ergaben sich insgesamt Werte zwischen $AUC_{Med} = .66$ (PCL-R) und $AUC_{Med} = .78$ (*Sexual Violence Risk-20*, SVR-20, Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997: eine Checkliste zur Vorhersage von sexueller Gewalt, die in Konzeption dem HCR-20 ähnlich ist und in derselben Arbeitsgruppe entwickelt wurde) für die Vorhersage von Gewalt, sowie konkret für den HCR-20 ein Wert von $AUC_{Med} = .70$ und für den VRAG $AUC_{Med} = .74$. Schließlich ist eine weitere internationale Metaanalyse über 88 Studien zur Vorhersage u. a. von deliktischen Rückfällen als abhängige Variable zu nennen (Campbell et al., 2009). Hierbei wurden über 70 Prognose-Instrumente erfasst, berichtet wurden die Ergebnisse der Instrumente, für die in mindestens zehn Studien Effektstärken mit Bezug auf die abhängige Variable berichtet wurden. Es wurden folgende gemittelte punktbiseriale Korrelationskoeffizienten (gewichtet nach Stichprobengröße) zum Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Prognose-Verfahren und gewalttätiger strafrechtlicher Rückfälligkeit berechnet: HCR-20: $r = .22$, LSI(-R): $r = .28$, PCL(-R): $r = .27$, *Statistical Information on Recidivism*, SIR-scale (Bonta, Harman, Hann & Cormier, 1996): $r = .22$, VRAG: $r = .32$. Auch hier zeigten sich somit vergleichbare Ergebnisse unter den einzelnen einbezogenen Verfahren.

1.2.3.2.3.2 Studien mit Stichproben psychisch kranker Straftäter

Zu Stichproben ausschließlich psychisch kranker Straftäter existieren international weniger Studien, was sich auch aus den Angaben zu einbezogenen Stichproben aus den o. g. Metaanalysen ableiten lässt. Dennoch zeigt sich in der vorliegenden Literatur auch hier übereinstimmend eine moderate bis gute Vorhersagestärke der untersuchten Instrumente. Beispielsweise zum VRAG geben Rossegger et al. (2009) einen Literaturüberblick an, dem zu entnehmen ist, dass mit dem VRAG bei Stichproben forensischer Patienten/schuldunfähiger Straftäter *AUC*-Werte zwischen .66 und .86 erreicht wurden (für Kanada .66 bis .80; für Europa .68 bis .86). Zudem ist erwähnenswert, dass der VRAG an einer Stichprobe von 618 Gewaltstraftätern aus einem psychiatrischen Hochsicherheits-Krankenhaus entwickelt wurde (Harris et al., 1993; Rossegger et al., 2009). In der Originalstichprobe wurde als Kennwert der Treffgenauigkeit der Vorhersage erneuter Gewalttaten ein *AUC*-Wert von .76 ermittelt.

In der oben genannten Studie von Stadtland und Nedopil (2005), in der Prognosegutachten ausgewertet und HCR-20-Werte als Vorhersagemaß für Rückfälligkeit analysiert wurden, ist gesondert für die Gruppe der psychisch kranken Probanden ($n = 103$) ein *AUC*-Wert von .67 für die historischen (H) Variablen angegeben, ferner wird hier von einer „noch ausreichend“ (Stadtland & Nedopil, 2005, S. 1408) genauen Vorhersagegüte des HCR-20-Gesamtwertes berichtet.

Zum Einsatz der PCL-R im bundesdeutschen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) geben Ross und Pfäfflin (2005) Korrelationen zwischen PCL-R-Wert und gewalttätigem Verhalten insgesamt zwischen $r = .20$ und $r = .30$ an und verweisen auf eine mittlere Korrelation von $r = .27$ zwischen PCL-R-Wert und allgemeiner deliktischer Rückfälligkeit aus einer Metaanalyse von Hemphill, Hare und Wong aus dem Jahr 1998. Darüber hinausgehend argumentieren Ross und Pfäfflin (2005), dass die Vorhersagegüte der PCL-R jedoch mitunter womöglich überschätzt werde und dass nach ihrer Auffassung im Maßregelvollzug zusätzlich auch andere Prognose-Verfahren hinzugezogen werden sollten. Zum Einsatz (v. a. aktuarischer) Prognose-Checklisten im Maßregelvollzug weisen auch andere Autoren (z. B. Habermeyer, Gairing & Lau, 2010; Seifert, 2007b) darauf hin, dass v. a. aufgrund von u. U. hohen Raten falsch-positiver Beurteilung (also ungünstige Prognose für nicht rückfällige Probanden) solche Checklisten vorsichtshalber nicht ohne zusätzlichen Einbezug klinischer/dynamischer Faktoren eingesetzt werden sollten.

Im Vergleich der Studien zur Vorhersagegüte von Prognose-Checklisten zwischen Stichproben ausschließlich psychisch kranker Straftätern und gemischter Stichproben (s. o.) zeigen sich zusammengefasst vergleichbare Werte für die Vorhersagegüte.

1.2.3.2.4 Studien zu einzelnen Prognosefaktoren und -bereichen

Im folgenden Überblick werden beispielhaft verschiedene Studien angeführt, die sich – unabhängig von bestehenden Prognose-Checklisten – auf die Vorhersagegüte einzelner Risikofaktoren bzw. einzelner Bereiche von Risikofaktoren beziehen. Dargestellt werden ausschließlich Faktoren, die sich als signifikante Prädiktoren erwiesen haben ($p < .05$). Hierbei werden – falls nicht anders gekennzeichnet – kategoriale Faktoren mit „(+“ gekennzeichnet, wenn ihr Vorliegen im Zusammenhang mit höherer deliktischer Rückfälligkeit stand und mit „(-“ im gegenteiligen Fall. Für stetige Variablen bedeutet „(+“, dass mit Steigerung des Variablenwertes sich auch die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht und „(-“, dass sich mit steigendem Variablenwert die Rückfallwahrscheinlichkeit verringert.

1.2.3.2.4.1 Studien mit gemischten Stichproben

In der bereits genannten Metaanalyse von Gendreau et al. (1996) werden neben Werten zur Vorhersagegüte verschiedener Prognoseinstrumente auch Korrelationen verschiedener Bereiche von (zusammengefassten) Prädiktoren deliktischer Rückfälligkeit angegeben, wobei unterschieden wird zwischen statischen und dynamischen Bereichen: Letztlich werden die folgenden acht Bereiche mit den zugehörigen gemittelten Korrelationskoeffizienten angegeben: als statische Bereiche Alter/Geschlecht/Ethnizität ($r_M = .14$), kriminelle Vorgeschichte ($r_M = .16$), Familienfaktoren ($r_M = .12$), intellektuelles Funktionsniveau ($r_M = .07$), sozioökonomischer Status ($r_M = .06$), sowie als Bereiche dynamischer Prädiktoren kriminogene Bedürfnisse ($r_M = .17$), persönliches Leiden ($r_M = .06$) und soziale Errungenschaften ($r_M = .15$).

Harrendorf (2007) gab in einer Arbeit zur Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern Modelle logistischer Regression mit verschiedenen Variablen und deren Einfluss auf die deliktische Rückfälligkeit an, und zwar für fünf verschiedene Gruppen von Straftätern – unterteilt nach Straftatbestand im Anlassdelikt: Tötungsdelikte, sexuelle Gewaltdelikte, Raub, Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte. In Tabelle 1.5 sind die fünf Straftätergruppen sowie die nicht deliktspezifischen einbezogenen erklärenden Variablen angegeben (Variablen, die sich per se nur auf einzelne Straftätergruppen beziehen lassen wie „Art des Tötungsdelikts: Totschlag, Mord, fahrlässige Tötung etc.“ werden hier weggelassen). Für alle Kombinationen aus Straftätergruppen und erklärender Variable sind hierbei die Richtungen für signifikante Zusammenhänge mit Rückfälligkeit nach Harrendorf (2007) angegeben.

Tabelle 1.5

Einflüsse diverser Prognosefaktoren auf deliktische Rückfälligkeit für verschiedene Straftätergruppen nach Harrendorf (2007)

Prognosevariable	Straftätergruppe nach Delikt				
	Tötungs- delikte	Sexuelle Gewalt	Raub	KV^a	WgVb^b
<i>Anzahl aller Straftaten</i>		+	+	+	+
<i>Anzahl Körperverletzungsdelikte</i>				+	
<i>Anzahl Vermögensdelikte</i>	+	+	+	+	+
<i>Stationäre Unterbringung/Haft</i>		+	+	+	+
<i>Psychiatrische Unterbringung</i>		-		-	-
<i>Allgemeine Tatfrequenz</i>	+	+	+	+	
<i>Tatfrequenz Gewalt</i>					+
<i>Tatfrequenz einschlägig</i>				+	-
<i>Alter (Beginn des Rückfallintervalls)</i>	-	-	-	-	
<i>Karrieredauer</i>					-
<i>Alter (1. Tat)</i>		+	+		-
<i>Geschlecht: Frau</i>	-	-	-	-	-
<i>Ausländer</i>	-	-	-		

Anmerkungen. ausgewählte Daten nach Harrendorf (2007). Zellen ohne Kennzeichnung: kein signifikanter Einfluss der Variable. +: Vorhandensein des Faktors erhöht die Rückfallwahrscheinlichkeit ($p < .05$). -: Vorhandensein des Faktors verringert die Rückfallwahrscheinlichkeit ($p < .05$)

^a: KV = Körperverletzung

^b: WgVb = Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte

Es zeigten sich in der Aufstellung der Prognosefaktoren für die verschiedenen Gruppen von Straftätern bei Harrendorf (2007) für folgende Einflussvariablen in mindestens drei der fünf Gruppen bezogen auf die Richtung einheitliche Zusammenhänge zu Rückfälligkeit: Anzahl der Straftaten (+), Anzahl Vermögensdelikte (+), stationäre Unterbringung/Haft (+), psychiatrische Unterbringung (-), allgemeine Tatfrequenz (+),

Alter beim Beginn des Rückfallintervalls (-), weibliches Geschlecht (-), ausländische Herkunft (-).

In einem Literaturüberblick (238 Studien) zu Prognosefaktoren, die sich speziell auf eheliche und familiäre Umstände beziehen, kommen Paolucci et al. (2000) zu folgenden zusammengefassten Ergebnissen, die von den Autoren jedoch rein qualitativ und ohne Berechnung gemittelter Koeffizienten o. Ä. dargestellt wurden: Hinsichtlich der Kindheit werden Probleme mit der Disziplin (+), mangelnde elterliche Aufsicht (+), enge Bindung zu den Eltern (-), häufiges Ausreißen von zuhause (+), vorhandene Zuneigung von den Eltern (-), häufige Konflikte (+) und Missbrauchserfahrungen (+) sowie ferner eng erlebte Bindung an den/die Partner/in in der Ehe (-) als Prädiktoren für späteres/erneutes kriminelles Verhalten genannt. Zudem werden auch das Aufrechterhalten des Interesses an der Familie während und das Eingehen einer einvernehmlichen Partnerschaft nach einer Haft/Unterbringung als protektive Faktoren genannt. Schließlich nennen Paolucci et al. (2000) folgende Faktoren als potenzielle Einflussgrößen auf kriminelle Rückfälligkeit, zu denen jedoch noch weitere Forschung notwendig sei: „Familienpathologie“ (+), Beziehung zwischen Kindern und Eltern, Viktimisierung in der Familie (-), Familienstand und Qualität der Beziehungen.

1.2.3.2.4.2 Studien mit Stichproben psychisch kranker Straftäter

Bonta et al. veröffentlichten 1998 eine internationale Metaanalyse zu deliktischer Rückfälligkeit bei psychisch kranken Straftätern, in die 124 Stichproben verschiedener Studien und 128 Bereiche von Prognosefaktoren einbezogen wurden. Zum Zusammenhang zwischen den jeweiligen Prädiktoren und Rückfälligkeit wurden punktbiseriale Korrelationskoeffizienten r berechnet. Die einzelnen Prädiktoren mit signifikanten Zusammenhängen zu allgemeiner deliktischer Rückfälligkeit sind in Tabelle 1.6 dargestellt. Erwähnenswerterweise kommen Bonta et al. (1998) bei der Beurteilung ihrer Metaanalyse zu dem Schluss, dass psychisch kranke und psychisch gesunde Straftätergruppen hinsichtlich der relevanten Prognosefaktoren weitgehend vergleichbar seien.

Tabelle 1.6

Prädiktoren mit signifikantem Zusammenhang zu allgemeiner deliktischer Rückfälligkeit bei psychisch kranken Rechtsbrechern nach Bonta, Law & Hanson (1998)

Prädiktoren mit statistisch positivem Zusammenhang zu Rückfälligkeit (+)	Prädiktoren mit statistisch negativem Zusammenhang zu Rückfälligkeit (-)	Prädiktoren mit gemischtem Zusammenhang zu Rückfälligkeit (+/-)
<i>Vordelinquenz im Erwachsenenalter</i>	<i>Psychische Störung</i>	<i>Dauer der Hospitalisierung</i>
<i>Jugenddelinquenz</i>	<i>Indexdelikt Tötungsdelikt</i>	<i>Beschäftigungsprobleme</i>
<i>Antisoziale Persönlichkeit</i>	<i>Alter</i>	<i>Klinische Beurteilung</i>
<i>Nicht-gewalttätige kriminelle Vorgeschichte</i>	<i>Indexdelikt Gewalt</i>	<i>Bildung</i>
<i>Institutionelle Anpassung</i>	<i>Sexualdelikt</i>	<i>Intelligenz</i>
<i>Krankenhausaufnahmen</i>	<i>Schuldunfähigkeit</i>	<i>Sozioökonomischer Status</i>
<i>Ärmliche Lebensumstände</i>	<i>Psychose</i>	<i>Ethnische Minderheit</i>
<i>Männliches Geschlecht</i>	<i>Affektive Störung</i>	
<i>Substanzmissbrauch</i>	<i>Vorbehandlung(en)</i>	
<i>Familiäre Probleme</i>	<i>Deliktschwere</i>	
<i>Entweichung in der Vorgeschichte</i>		
<i>Gewalt in der Vorgeschichte</i>		
<i>Drogenabusus</i>		
<i>Alleinstehend</i>		
<i>Waffengebrauch</i>		

Anmerkungen. Ausgewählte Daten nach Bonta, Law & Hanson (1998). Die Prädiktoren sind von oben nach unten nach der Stärke des statistischen Zusammenhangs zu allgemeiner Rückfälligkeit geordnet (stärkere oben). Errechnete Zusammenhangmaße: *Pearsons r*, $p < .05$ für alle Prädiktoren

Aus dem europäischen Raum ist eine niederländische Studie (Philipse et al., 2006) zu nennen, in der insgesamt 151 Patienten aus forensisch-psychiatrischen Kliniken hinsichtlich verschiedener statischer und dynamischer Risikofaktoren durch Mitarbeiter der Kliniken beurteilt wurden. In einer ersten Analyse ergab sich für folgende Faktoren eine univariate signifikante Vorhersagegüte ($p < .05$) bzgl. deliktischer Rückfälligkeit: unter statischen Faktoren Psychose bei Aufnahme (-), Substanzmissbrauch bei Aufnahme (+), Cluster B-Persönlichkeitsstörung (+), Komorbidität von Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch bei Aufnahme (+), eingeschränkte

Schuldfähigkeit bei erstem Delikt (-), Anzahl von Abwesenheiten während der Behandlung (+) sowie unter dynamischen Faktoren Vermeidung von Kontakt (-), keine Opferempathie (-), Leugnen des Delikts (-) sowie Unfähigkeit allein zu wohnen und für sich zu sorgen (-). Hierbei gehen die Richtungen der Zusammenhänge dynamischer Faktoren sämtlich entgegen der hypothetisch angenommenen Richtung, d. h. alle genannten Faktoren gehen mit verringerter Rückfallgefährdung einher. Nach Philipse et al. (2006) könnte dies bedeuten, dass höhere beobachtete Level von allgemeiner (dynamischer) Dysfunktion mit geringerem Rückfallrisiko in Zusammenhang stehen. In einem multivariaten Modell unter Einbezug der genannten Faktoren (Cox-Regression) bleiben in der genannten Studie als signifikante Prädiktoren schließlich noch die folgenden vier statischen Items bestehen: Anzahl von Abwesenheiten während der Behandlung (+), Komorbidität von Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch bei Aufnahme (+), Psychose bei Aufnahme (-) und Cluster B-Persönlichkeitsstörung (+).

Hinsichtlich Untersuchungen aus der Bundesrepublik zu Prognosefaktoren bei psychisch kranken Straftätern ist in erster Linie die Essener Arbeitsgruppe zu nennen, von der die folgenden Ergebnisse aus einem prospektiven Projekt („Essener Prospektive Prognosestudie“) zu Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB) stammen: Zunächst nannten Leygraf und Seifert (2003) in einem Überblick als „historische Risikokriterien [...], die in der Wissenschaft am häufigsten genannt [...]“ (Leygraf & Seifert, 2003, S. 98) würden, folgende: Delinquenzbeginn in der Jugend (v. a. bei Gewaltdelinquenz), hohe Anzahl an Vorstrafen, (wiederholtes) Bewährungsversagen, Substanzmissbrauch/Abhängigkeit, erheblich gestörte Herkunftsfamilie (inkonsequenter Erziehungsstil), Schuleschwänzen und sonstige früh erkennbare Verhaltensauffälligkeiten, mangelnde Arbeitskontinuität (mehrfacher Ausbildungsabbruch) und inkonstante Partnerbeziehungen. In ersten Auswertungen der „Essener prospektiven Prognosestudie“ (Seifert & Möller-Mussavi, 2005; Seifert, 2007a) werden als signifikante soziale bzw. biografische Prädiktoren deliktischer Rückfälligkeit Erziehungsschwierigkeiten ($p < .05$) sowie zumindest in der Tendenz ($p < .10$) eine höhere Anzahl an Vorinhaftierungen und ein geringeres Alter bei der ersten Inhaftierung genannt. In späteren umfassenderen Auswertungen, die sich insbesondere auf klinische Faktoren konzentrieren (Seifert, 2007a, 2007b), fanden sich zur Unterscheidung von rückfälligen Patienten und einer nach Delikt, Diagnose, Unterbringungsdauer, Alter und Geschlecht parallelisierten Kontrollgruppe nicht rückfälliger Patienten ($n = 110$) signifikante bzw. tendenziell signifikante ($p < .15$) Unterschiede bei 37 Einzelitems (auf einem α -Niveau von 5 % verblieben 24 signifikante Vergleiche, wobei bei sämtlichen Angaben zu p -Werten nicht erläutert wurde, ob es sich um ein- oder zweiseitige Tests handelte), die den folgenden sechs

Bereichen zugeordnet wurden: Aktuelle Symptomatik, Sozialverhalten, Belastungsfaktoren der Persönlichkeit, Anpassungsverhalten, Emotion/Motivation, Leistungs- und Kontrollverhalten. In einem schrittweisen logistischen Regressionsmodell blieben folgende sechs Einzelitems als signifikante Prädiktoren bestehen ($p < .05$): geringe Ängstlichkeit (+), hohes Suchtpotenzial „Alkohol“ (+), geringe Arbeitskontinuität (+), hohe Arbeitsbelastungsfähigkeit (+), geringe Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem (+), geringe Hospitalisierung (+) (Seifert, 2007b). Zusätzlich ergänzte Seifert (2007a) die obige Analyse um einen Vergleich der 55 rückfälligen Probanden mit den 194 nicht rückfälligen Patienten aus der Gesamtstichprobe, wobei sich 46 (tendenziell) signifikante Einzelitems in den o. g. sechs Bereichen (die sich faktorenanalytisch auf 10 Faktoren verteilen) zur Unterscheidung der beiden Gruppen fanden. Die schrittweise logistische Regression über diese 46 Items führte zu folgenden acht signifikanten ($p < .05$) Prädiktoren (bei denen jedoch keine Angaben zur Richtung des Zusammenhangs zu Rückfälligkeit gemacht wurden): wenig positive Teameinschätzung, Teilnahme an Arbeitstherapie/Beschäftigungstherapie, geringe Hospitalisierung, hohes Suchtpotenzial, unbefangener Umgang mit Männern, Gespräche mit Bezugspfleger, geringe Ängstlichkeit, Erkennbarkeit von Motiven.

1.2.3.2.4.3 Studien zu psychisch kranken Straftätern in ambulanter Behandlung

Zu Risikoprognosefaktoren bei psychisch kranken Straftätern bzw. Personen, die sich in ambulanter Behandlung befinden, existieren bis dato nur sehr wenige Studien. In einer US-amerikanischen Studie (Kesten et al., 2012) wurden zwei Gruppen von Straftätern nach der Entlassung aus dem Gefängnis untersucht, bei denen ernsthaft psychische Probleme vorlagen: Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Unterstützung bzgl. weiterer Behandlungsplanung ($n = 883$), die Experimentalgruppe nahm an einem spezialisierten Nachsorgeprogramm für psychisch gestörte und Straftäter mit Abhängigkeitserkrankungen teil ($n = 88$). Neben geringeren Rückfallzahlen bei den speziell nachbehandelten Patienten erwies sich anhand logistischer Regressionen bei beiden Gruppen das Alter der Straftäter als signifikanter Prädiktor ($p < .01$) für erneute spätere Inhaftierung (jüngeres Alter ging mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit einher). Bei der Standard-Betreuungs-Gruppe stellte sich zudem eine Komorbidität aus psychischer und Abhängigkeitserkrankung als Prädiktor für spätere Haftstrafen heraus ($p < .01$).

In einer ebenfalls US-amerikanischen Studie wurden Gesundheits-, Betreuungs- und strafrechtliche Akten von 4056 schizophren oder bipolar erkrankten Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die innerhalb eines Jahres stationär im Krankenhaus behandelt wurden, ausgewertet (van Dorn et al., 2013). Als signifikante Prädiktoren ($p < .05$) für jegliche Art von Verhaftung wie auch für die Anzahl an Verhaftungen stellten sich männliches Geschlecht (+), Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten (+), Alter (-) und frühere Verhaftung bzgl. demografischer bzw. statischer Faktoren heraus sowie hinsichtlich klinischer und damit dynamischer Faktoren eine längere Zeit seit der Entlassung (-), kontinuierlicher Besitz von Medikamenten (-) und Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsdienste (-).

Eine Studie zu ambulanter forensischer Behandlung (ohne nähere Angabe zum vorigen Verlauf der Patienten) aus drei niederländischen ambulanten forensischen Kliniken berichten Troquete et al. (2013). Hier wurden 322 Patienten, die Standardbehandlung erhielten, verglichen mit 310 Patienten, für die eine spezielle individuelle Behandlungsplanung anhand eines Instruments zur Kurzzeit-Risikovorhersage (*Short Term Assessment of Risk and Treatability*, START; Nicholls, Brink, Desmarais, Webster & Martin, 2006; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais & Brink, 2006) erfolgte, bei denen die Behandlung also nach den Ergebnissen der Risikoprognose ausgerichtet wurde. Zwar zeigte sich über alle untersuchten Patienten ein Effekt von Behandlung allgemein im Sinne einer Reduktion von Vorfällen/Verstößen während der Behandlung ($p < .05$), allerdings konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Vorkommens von Vorfällen nachgewiesen werden ($p = .15$). Hiernach zeigte sich keine weitere Reduktion von antisozialen Verhaltensweisen durch Einbezug des Verfahrens und damit durch Einbezug der darin enthaltenen Prognosefaktoren in die Behandlung.

In der Bundesrepublik existiert bisher (nur) eine einzige Untersuchung zu Risikofaktoren bei Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB), die nach der stationären Unterbringung spezifische ambulante Nachsorge erhielten: Schmidt-Quernheim (2011) untersuchte hierbei im Rahmen einer Evaluation der ambulanten Nachsorge in Nordrhein-Westfalen über einen mittleren Zeitraum von 4,4 Jahren Maßregelvollzugspatienten, die gemäß § 67 d StGB (bedingte Entlassung nach stationärer Unterbringung), sowie in ca. 10 % der Fälle gemäß § 67 b StGB (Unterbringung direkt ausgesetzt zur Bewährung mit ambulanter Behandlung) eine forensisch-ambulante Behandlung an einem von insgesamt 21 Standorten (forensisch-psychiatrische Ambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sowie andere Träger) erhielten (siehe auch Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014). Im Untersuchungszeitraum wurden 20 % der Untersuchten rückfällig (inkl. Weisungsverstöße), für 13 % wurden

erneute Straftaten berichtet. Zur Untersuchung von Prognosefaktoren wurde die Gruppe der 23 rückfälligen Probanden erstens mit einer nach Alter, Geschlecht, Diagnose, Delikt und Unterbringungsdauer parallelisierten Vergleichsgruppe ($n = 23$) sowie zweitens mit der Gesamtgruppe der nicht rückfälligen Patienten ($n = 92$) anhand von χ^2 -Tests verglichen. Hinsichtlich „soziodemografischer Daten“ (unter Einbezug der Vordelinquenz) erwiesen sich frühere Verurteilungen ($p < .05$) als prognostisch relevant (+) zur Unterscheidung der rückfälligen Patienten und der beiden anderen Gruppen. Ferner unterschieden sich die rückfälligen Patienten signifikant von der Gesamtstichprobe nicht-rückfälliger Probanden in punkto besondere Vorkommnisse während der Unterbringung (+) ($p < .05$). Hinsichtlich „Wohnen und Arbeiten“ ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Im Bereich „Nachsorgesituation“ ergaben sich signifikante Unterschiede bei folgenden Variablen: zwischen rückfälligen und beiden Gruppen nicht-rückfälliger Probanden hinsichtlich des Kriteriums Häufigkeit von Substanzmissbrauch (+), diesbezüglich wurden für die rückfälligen Patienten weiter häufiger Suchtmittelkontrollen durch die zugehörigen Strafvollstreckungskammern angeordnet als für die anderen beiden Gruppen ($p < .05$). Hinsichtlich durchgeführter Substanzmittelkontrollen (+) (als Folge der obigen Weisungen) unterschieden sich die rückfälligen Patienten signifikant lediglich von der Gesamtgruppe der nicht rückfälligen Probanden ($p < .05$). Ein hochsignifikanter Unterschied ($p < .01$) ergab sich zu der Gesamtgruppe der rückfälligen Probanden bzgl. der Medikamenten-Compliance (-). Weiter stand eine feste Partnerschaft (im Vergleich zur Gesamtgruppe nicht-rückfälliger Probanden, $p < .05$) im (überraschenderweise statistisch positiven) Zusammenhang (+) mit späterer Rückfälligkeit. Ebenfalls von der Gesamtgruppe Nicht-Rückfälliger unterschieden sich die Rückfälligen ($p < .05$) durch einen problematischen Umgang mit Geld (+) aus Sicht ihrer Therapeuten. Zu beiden Vergleichsgruppen zeigte sich signifikant unterschiedliches psychisches Befinden (parallelisierte Gruppe $p < .05$, Gesamtgruppe Nicht-Rückfälliger $p < .01$), wobei stabil eingeschätztes Befinden (-) mit geringerer Rückfallwahrscheinlichkeit einherging. Ebenfalls zu beiden Vergleichsgruppen unterschieden sich die rückfälligen Probanden ($p < .05$) hinsichtlich einer passiven, problematischen Art der Freizeitbeschäftigung (+). Schließlich wurden für einen größeren Anteil rückfälliger Patienten im Verlauf der Nachsorge stationäre Behandlungen berichtet als bei beiden Vergleichsgruppen ($p < .01$), allerdings waren Anzahl und Dauer stationärer Behandlungen bei den Vergleichsgruppen höher (auf deskriptiver Ebene, ohne statistische Signifikanz).

Allerdings sind einige kritische Punkte an der Untersuchung von Schmidt-Quernheim (2011, 2014) zu nennen, welche die Aussagekraft der Ergebnisse etwas einschränken dürften. So könnte die Zusammensetzung der Stichprobe kritisch

beurteilt werden, da einerseits Patienten, die sich in Nachsorge bei verschiedenen Institutionen/Trägern befinden, andererseits sowohl Patienten gem. § 67 d StGB ebenso wie Patienten gem. § 67 b StGB, eingeschlossen sind. Hierbei ist bisher nicht klar, inwiefern diese unterschiedlichen Patientengruppen vergleichbar oder unterschiedlich sind – insbesondere in Bezug auf die für die jeweiligen Gruppen relevanten Prognosefaktoren. Weiter handelt es sich bei den rückfälligen Probanden um eine Gruppe mit sehr geringer Stichprobengröße, wodurch die Aussagekraft und die Generalisierbarkeit der Vergleiche (auch im Zusammenhang mit dem eingesetzten Verfahren [χ^2 -Test]) womöglich eingeschränkt sein dürften. Schließlich geht im Rahmen der Gruppenvergleiche z. T. „statistische Power“ verloren, da für sämtliche Vergleiche χ^2 -Tests eingesetzt wurden, wobei stetige Variablen zu nominalen Kategorien zusammengefasst wurden (Schmidt-Quernheim, 2011). Zudem sind retrospektive Studiendesigns der Gefahr von Verzerrungen bei rückblickender Beurteilung ausgesetzt (Leygraf, 1998; Seifert, 2007a).

1.2.3.2.4.4 Studien mit Stichproben von Straftätern mit Suchtmittelproblematik

Deutlich weniger Studien als zu Straftätern allgemein oder auch psychisch kranken Straftätern existieren zu Stichproben von Straftätern mit Substanzproblematik.

In einer US-amerikanischen Vergleichsstudie dreier verpflichtender Behandlungsprogramme für Straftäter mit Drogendelikten, Drogenproblematik und/oder Substanzabusus während der Bewährungszeit (Young et al., 2004) wurden anhand einer Cox-Regression folgende signifikante Prädiktoren für erneute Inhaftierung gefunden: männliches Geschlecht (+), Bildungsniveau (-), durchgängige Beschäftigung während der letzten drei Jahre (-) und Belastungsempfinden im Falle von Beschäftigungsproblemen (-), chronische medizinische Probleme (+), Weisungsverstoß in der letzten Anklage (+), regelmäßiger Verkauf von Drogen (+), Dauer des Kokainabusus (+) und frühere Suchtbehandlungsaufgaben (+).

In einem (qualitativen) Überblick über 15 verschiedene gemeindenahe ambulante Behandlungsprogramme bzw. Studien zu Straftätern mit Abhängigkeit von chemischen Drogen in den USA kommen Chanhatisilpa, MacKenzie und Hickman (2000) zu dem Schluss, dass ambulante Behandlung für die genannte Gruppe von Straftätern unter bestimmten Bedingungen die Rückfallgefahr verringern könne. Programme mit einem hohen Maß an Aufsicht oder Kontrolle hätten hiernach jedoch keinen reduzierenden Effekt auf die Rückfallwahrscheinlichkeit der Behandelten. Die Autoren weisen darauf hin, dass in vielen Studien unklar bleibe, auf welche Variablen positive Behandlungseffekte zurückgeführt werden könnten (z. B. Dauer oder Inhalte der

Behandlung), geben jedoch an, dass eine Kombination aus einer Behandlung in Haft und anschließender ambulanter Nachsorge einen rückfallreduzierenden Effekt habe.

Zum Maßregelvollzug gem. § 64 StGB (Straftäter mit Hintergrund von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit) in der Bundesrepublik führten Gericke und Kallert (2007) einen Vergleich zwischen deliktisch rückfälligen ($n = 44$) und nicht rückfälligen ($n = 77$) Patienten für einen Zeitraum von zwei Jahren nach der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung an. Hierbei wurden Patienten erfasst, die nach der stationären Unterbringung entlassen wurden, wobei keine systematische Nachsorge bei der Stichprobe stattfand. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich soziodemografischer Daten wie Sozialisation/Bezugspersonen in der Kindheit, Berufsabschluss, Familienstand oder Wohnsituation. Signifikante Unterschiede ($p < .05$), die somit als Prädiktoren für deliktische Rückfälle angesehen werden können, ergaben sich hinsichtlich der Vorstrafenbelastung (höher bei Rückfälligen) sowie hinsichtlich besonderer Vorkommnisse während der Unterbringung: Überraschenderweise wiesen die nicht rückfälligen Probanden signifikant häufiger Suchtmittelrückfälle während der Unterbringung auf als die später rückfälligen Probanden. Hinsichtlich des Alters zeigte sich kein signifikanter Effekt (weder bei Aufnahme noch bei der 1. Straftat). Schließlich waren die nicht rückfälligen Probanden zuvor signifikant länger im Maßregelvollzug untergebracht als die später rückfälligen Probanden.

1.2.3.2.5 Zusammenfassung des Forschungsstandes: Relevante Bereiche von Prognosefaktoren

Aus der Zusammenschau der Studienlage zu Risikofaktoren für erneute Delikte von (psychisch kranken und abhängigkeitserkrankten) Straftätern lassen sich deduktiv verschiedene Bereiche von Risikofaktoren ableiten (vgl. Mayring, 2010), so dass letztlich alle Faktoren und Variablen, die sich in unterschiedlichen Studien als prädiktiv für deliktische Rückfälle erwiesen haben, diesen Bereichen zugeordnet werden können. Im Folgenden soll ein Versuch einer Aufteilung von untersuchten Risikofaktoren zu einzelnen übergeordneten Bereichen unternommen werden. Einen Überblick hierzu gibt Tabelle 1.7.

Zunächst ist unter statischen Variablen der Bereich der *allgemeinen und soziodemographischen Daten* zu nennen, zu dem bspw. Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Familienstand, Bildungsgrad und Arbeitssituation gezählt werden können. Zweitens bezieht sich der Bereich *Sozialisation* u. a. auf frühe Verhaltensauffälligkeiten, Umstände des Aufwachsens und der Erziehung in Kindheit

und Jugend, familiäre und elterliche Probleme, sowie eigene Beziehungsschwierigkeiten (im sozialen Umfeld, aber auch partnerschaftlich). Ein nächster Bereich statischer Variablen bezieht sich auf die *Delinquenz*, wobei sich dieser Bereich in Vordelinquenz (z. B. Anzahl, Frequenz und Schwere früherer Straftaten, frühere Unterbringungen, Weisungsverstöße, Alter beim ersten Delikt) und Indexdelinquenz (z. B. Art und Schwere, Rechtsfolgen, zusätzliche Tatfaktoren wie Waffengebrauch, Ausmaß angewandter Gewalt, ggf. Beziehung zum Opfer, Einfluss von Substanzen) aufteilen lässt. Ein weiterer Bereich statischer Faktoren bezieht sich auf die *institutionelle Anpassung* im Rahmen der Unterbringung (oder Haft). Hierzu können Auffälligkeiten, Vergehen oder Bedrohungen, weitere Teambeurteilungen des Probanden bzgl. seiner Compliance oder aber motivationaler Faktoren wie Offenheit, Problembewusstsein oder Änderungsbereitschaft sowie Substanzmittel- und Alkoholmissbrauch gezählt werden. Da sich die zuletzt genannten Faktoren auf die vorangegangene Unterbringung beziehen, handelt es sich in diesem Zusammenhang um statische Faktoren. Ein letzter statischer Bereich bezieht sich auf die *Krankheitsanamnese* und beinhaltet Daten zu familiärer Vorbelastung, Diagnosen, Komorbiditäten (wobei insbesondere Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen eine große Rolle spielen), Verlaufsform der Erkrankung sowie Anzahl, Art und Dauer früherer psychiatrischer Behandlungen bzw. stationärer Aufenthalte.

Neben statischen Bereichen bzw. Faktoren finden sich folgende Bereiche dynamischer Risikoprognosefaktoren in der aktuellen Literatur, die sich auf den aktuellen Stand bzw. auf die jüngere Vergangenheit des zu Beurteilenden beziehen: Erstens gehören hierzu externe Faktoren des *sozialen Umfelds*, bspw. aktuelle Wohnsituation, berufliche Tätigkeit, Einbettung in Freundeskreis und/oder Familie, Freizeitaktivitäten und finanzielle Situation. Zweitens gehört zu dynamischen Risikofaktoren der Bereich *persönlichkeitsinhärenter Eigenschaften* wie Empathie, Tendenzen zu Bagatellisierung oder Verantwortungsabgabe, Impulsivität, Emotionalität, Kontrollbedürfnis und soziale Kompetenzen. Ähnlich wie bei den statischen Faktoren findet sich auch unter den dynamischen Faktoren ein Bereich *institutioneller Anpassung*, wobei sich diese – inhaltlich analog zur (statischen) früheren institutionellen Anpassung – hier auf die Behandlung in der jüngeren Vergangenheit bezieht. Ferner ist zu den dynamischen Faktoren der Bereich des aktuellen *psychopathologischen Status* zu zählen, dem subjektives Befinden sowie objektiv eingeschätzter Grad der Erkrankung, globales Funktionsniveau, Vorliegen produktiver oder sonstiger akuter Symptomatik, aktueller Substanzmissbrauch sowie Art und Frequenz verschiedener aktueller Behandlungsformen und -Interventionen zuzuordnen sind. Schließlich gehört zu dynamischen Prädiktoren der Bereich der

Zukunftsperspektive, unter dem sich Variablen wie aktuelle subjektive Zukunftsvorstellungen und objektive Einschätzungen bzgl. realistischer künftiger Chancen auf soziale und berufliche Integration, aber auch mögliche Schwierigkeiten wie zu erwartende Destabilisierungen oder Stressoren und die Fähigkeiten eines Patienten, diese zu bewältigen, subsumieren lassen.

Tabelle 1.7

Bereiche von Rückfallprognosefaktoren für psychisch kranke und suchtmittelabhängige Straftäter aus der aktuellen Forschungsliteratur

BEREICHE STATISCHER PROGNOSEFAKTOREN	BEREICHE DYNAMISCHER PROGNOSEFAKTOREN
Allgemeine und soziodemografische Daten	
Sozialisation	Soziales Umfeld
Delinquenz (Vordelinquenz und Indexdelinquenz)	Persönlichkeitsinhärente Eigenschaften
Frühere institutionelle Anpassung	Aktuelle institutionelle Anpassung
Krankheitsanamnese	Psychopathologischer Status
	Zukunftsperspektive

1.3 Fragestellungen

1.3.1 Effektivität forensisch-psychiatrischer Nachsorge anhand von Rückfälligkeit

Der erste Teil der vorliegenden Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage: *Wirkt forensisch-psychiatrische Nachsorge hinsichtlich der deliktischen Rückfälligkeit von Maßregelvollzugspatienten?*

Forensisch-psychiatrische Nachsorge nahm seine Anfänge in der Bundesrepublik Deutschland in den späten 1980er Jahren. Aus Sicherheits-, fiskalischen und therapeutischen Gründen entstand rasch eine Vielzahl forensisch-psychiatrischer Ambulanzen zur Nachsorge (bedingt) entlassener Maßregelvollzugspatienten. Seit 2007 sind diese in den Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht im Strafgesetzbuch und damit auf Bundesgesetzgebungsebene verankert. In Bayern wurde forensisch-psychiatrische Nachsorge im Anschluss an zwei erfolgreiche Modellprojekte 2009 flächendeckend etabliert (vgl. Punkt 1.2).

Wie ausführlich dargelegt (s. Punkt 1.1.2.3), weisen verschiedene Studien bzw. Modellprojekte aus dem Bundesgebiet darauf hin, dass Maßregelvollzugspatienten nach dem stationären Vollzug deutlich seltener deliktisch rückfällig werden, wenn sie weiterhin spezialisierte Nachsorge erhalten im Vergleich zu Patienten ohne Nachsorge. Diese Erkenntnisse beziehen sich jedoch auf psychisch kranke Patienten, die gem. § 63 StGB untergebracht waren, während zu Patienten gem. § 64 StGB insgesamt deutlich weniger und zu dieser Klientel in Verbindung mit ambulanter Nachsorge bisher keine Studien vorliegen. Des Weiteren beziehen sich die meisten Studien zu Nachsorge von MRV-Patienten im Bereich § 63 StGB auf einzelne, oft regionale Modellprojekte. Auch die beiden bayerischen Modellprojekte ergaben recht niedrige deliktische Rückfallquoten bei nachbetreuten Patienten.

- Somit wird in dieser Arbeit erstens die Frage untersucht, ob sich auch nach flächendeckender Etablierung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen als feste Institution in Bayern und für das gesamte Bundesland weiterhin bedeutsam geringere deliktische Rückfallquoten im Bereich § 63 StGB finden als dies für Patientengruppen ohne Nachsorge beschrieben worden ist. Auf Basis der vorliegenden Forschungsliteratur ist hypothetisch anzunehmen, dass sich bei der untersuchten Patientengruppe (§ 63 StGB) eine signifikant geringere

Rückfallquote findet als dies in vergleichbaren Zeiträumen bei Patientenkollektiven ohne systematische Nachsorge der Fall war.

- Außerdem soll ein Wirksamkeitsnachweis (bzgl. deliktischer Rückfallquoten) erstmalig auch für Patienten gem. § 64 StGB erbracht werden: Hiernach wird die Frage untersucht, ob sich auch für Patienten, die gem. § 64 StGB untergebracht waren und ambulant nachbetreut werden, geringere deliktische Rückfallquoten finden als dies für Patientengruppen ohne spezifische Nachsorge der Fall ist. Auch hier ist von der Hypothese auszugehen, dass die untersuchten Patienten gem. § 64 StGB mit Nachsorge geringere deliktische Rückfallquoten zeigen als Patientenstichproben aus früheren Studien in vergleichbaren Zeiträumen ohne systematische Nachsorge.

1.3.2 Prognosefaktoren für Patienten in forensisch-psychiatrischer Nachsorge

Der zweite Schwerpunkt der Arbeit bezieht sich auf die Frage: *Welche Patienten(gruppen) in forensisch-psychiatrischer Nachsorge werden mit höherer Wahrscheinlichkeit deliktisch rückfällig?*

Es gibt international eine lange Forschungstradition zum Themenbereich Rückfallprognose bei psychisch kranken Straftätern. Aus den zahlreichen Veröffentlichungen zu diversen Prognoseinstrumenten sowie zu relevanten Prädiktoren erneuter Delinquenz lassen sich letztlich einige Bereiche von Faktoren entnehmen, die sich zur Vorhersage von allgemeiner gewalttätiger Rückfalldelinquenz psychisch und u. U. auch suchtkranker Rechtsbrecher bewährt haben (s. Tab. 1.7). Hierzu ist jedoch anzumerken, dass einerseits deutlich weniger Studien und Erkenntnisse zu abhängigkeiterkrankten Straftätern und deren Prognosefaktoren existieren als dies für psychiatrisch erkrankte Straftäter der Fall ist. Darüber hinaus liegen für Prognosefaktoren bei Straftätern, die sich in ambulanter Nachsorge bzw. Behandlung befinden, international nur einige wenige Einzelstudien vor, so dass hierüber noch keine generalisierbaren Aussagen zu treffen sind. Zu Prognosefaktoren bei bedingt entlassenen Maßregelvollzugspatienten in der Bundesrepublik existiert bis dato einzig eine Studie im Bereich § 63 StGB (Schmidt-Quernheim, 2011; Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014), für den Bereich § 64 StGB gibt es diesbezüglich bisher keine Forschungserkenntnisse.

- Insofern wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, welche Prädiktoren sich bei psychiatrisch kranken Patienten (§ 63 StGB) in ambulanter Nachsorge zur

Vorhersage erneuter Delinquenz finden. Als Globalhypothese ist anzunehmen, dass sich die für psychisch kranke Straftäter allgemein bekannten Prädiktoren in analoger Weise bei der untersuchten Stichprobe von psychisch kranken Straftätern in ambulanter Nachsorge abbilden. Die einzelnen untersuchten Variablen finden sich – zugeordnet zu den genannten Bereichen von statischen und dynamischen Prädiktoren und unter Angabe der aus der Forschung abgeleiteten hypothetischen Richtungen von Zusammenhängen mit erneuter Delinquenz – im Anhang C.

- Ebenso werden potenzielle Prädiktoren erneuter Delinquenz erstmalig für Patienten gem. § 64 StGB, die sich in ambulanter Nachsorge befinden, untersucht. Auch hier lässt sich die Globalhypothese stellen, dass sich für die untersuchten Straftäter (§ 64 StGB) die für psychiatrisch und/oder suchterkrankten Straftäter bekannten Prädiktoren in ähnlicher Weise abbilden. Insofern gehen die hypothetisierten Zusammenhänge zwischen den einzelnen untersuchten Variablen und erneuter Delinquenz für die untersuchten abhängigkeiterkrankten Straftäter (§ 64 StGB) – ebenso wie für die psychiatrisch erkrankten Straftäter (63 StGB) – aus der Tabelle im Anhang C hervor.

2 METHODEN

2.1 Datenerhebung

2.1.1 Strukturierte Fragebögen in den Kliniken

Die vorliegende Arbeit wurde in im Rahmen erweiterter Fragestellungen des Projekts *EFA* (vgl. Punkt 1.1.2.4.3) durchgeführt. Der Verfasser war von 2010 bis 2014 projektverantwortlicher Mitarbeiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg, die mit der Projektdurchführung durch das bayerische StMAS betraut war.

Die Erfassung klinischer Daten erfolgte zu allen eingeschlossenen Patienten durch deren Bezugstherapeuten in den jeweiligen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen. Im Zeitraum 2010 bis 2014 wurden zu festen halbjährlichen Stichtagen (jeweils der 1. März und der 1. September) die vorliegenden Fragebögen und Inventare für jeden Patienten bearbeitet und an die Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg zur Speicherung und Auswertung übersandt. Eine Übersicht über die relevanten Inventare und den zeitlichen Ablauf ihrer Bearbeitung gibt Tabelle 2.1.

Vor Beginn der Datenerhebungen erfolgten umfangreiche Erläuterungen der Fragebögen und Inventare, zusätzlich bestanden während der Projektdauer fortlaufend Kontakte zwischen dem Verfasser und den Ambulanzmitarbeitern, welche die Daten erhoben haben, um Fragen zu klären und Unklarheiten zu beseitigen. Somit sollte eine größtmögliche Objektivität und Reliabilität bei der Bearbeitung der Fragebögen gewährleistet werden. Zudem wurde bei der Erstellung bzw. Auswahl der Verfahren darauf geachtet, dass größtenteils Verfahren eingesetzt wurden, die in den meisten Kliniken bereits vorlagen und dass die zu erhebenden Fragebögen möglichst selbsterklärend und leicht verständlich sein sollten. Zur Gewährleistung einer lückenlosen Versorgung der Ambulanzmitarbeiter mit den genannten Erhebungsinstrumenten konnten diese als blanco-Formulare (*Microsoft Word 2003*®) über einen passwortgeschützten Internet-Link online bezogen werden. Zusätzlich wurden Kopiervorlagen der eingesetzten Verfahren an alle beteiligten Kliniken postalisch versandt.

Tabelle 2.1

Übersicht über relevante Erhebungsinstrumente und -zeitpunkte

Einschluss des Patienten (Erhebungsstart bzw. 01.03. oder 01.09.)	alle 6 Monate (Stichtage 01.03. und 01.09.)	Ausschleusung des Patienten / Erhebungsende
t_1	$t_2, \dots, n-1$	t_n
BADO		
	VEDO	VEDO
	CGI	CGI
GAF	GAF	GAF
SVR-20 / HCR-20		

Anmerkungen: BADO = Fragebogen zur „Basisdokumentation“; VEDO = Fragebogen zur „Verlaufsdokumentation“; CGI = „Clinical Global Impression“ (National Institute of Mental Health, 1970); GAF = „Global Assessment of Functioning“ (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1998); SVR-20 = „Sexual Violence-Risk-20“ (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997); HCR-20 = „Historical-Clinical-Risk-20“ (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997); ausführlichere Erläuterungen der einzelnen Instrumente s. u.

Im Rahmen des gesamten Evaluationsprojekts wurden zum Projektende zusätzlich wiederholt SVR-20/HCR-20, sowie ein Fragebogen zur Abschlusssdokumentation (ADO) bearbeitet. Da diese Fragebögen für die vorliegende prospektive Arbeit irrelevant sind und die Datenerhebung zum Zeitpunkt der zugrundeliegenden Datenauswertung nicht vollständig abgeschlossen war, werden diese zusätzlichen Erhebungen hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Die Auswahl der Fragebögen orientierte sich in erster Linie an den folgenden Kriterien: Prognose der Gefährlichkeit anhand infrage kommender Merkmale bzw. Instrumente und Bestimmung des Störungsgrades sowie ferner Messung von Veränderungen. Im Einzelnen wurden folgende Fragebögen und Skalen, die sich im Anhang D – I finden, zur Datenerhebung verwendet:

- Was die Basisdokumentation (BADO) anbelangt, wurde auf das entsprechende Formular aus dem vorangegangenen Modellprojekt „Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten in Bayern 2 (ASN II)“ (Butz et al., 2013; Mokros & Osterheider, 2010) zurückgegriffen und eine geringfügig adaptierte, erweiterte Version eingesetzt. Dieser Erhebungsbogen orientiert sich an der Basisdokumentation, wie sie an der Psychiatrischen Klinik des Bezirksklinikums Regensburg erstellt worden ist und wie sie in ähnlicher Form standardmäßig in den meisten forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern eingesetzt wird. Sie gliedert sich in folgende Bereiche: *Allgemeine*

Informationen, Rechtliche Belange, Biografie des Patienten, Behandlungsverlauf und Krankheitsanamnese (siehe Anhang D).

- *Clinical Global Impression* (CGI; National Institute of Mental Health [NIMH], 1970): ein Kurzfragebogen, der mittels einer siebenstufigen, ordinalen Skala den Schweregrad einer psychischen Störung sowie Zustandsänderungen einer solchen Störung zu erfassen erlaubt. Höhere Werte stehen hierbei für eine stärkere Krankheitsausprägung (siehe Anhang E).
- *Global Assessment of Functioning* (GAF; Endicott et al., 1998): Differenzierter als die CGI, aber mit ähnlicher Zielrichtung, misst die Skala GAF auf einer 100 Punkte-Skala das allgemeine psychische Funktionsniveau. Hier stehen höhere Werte für ein besseres Funktionsniveau (siehe Anhang F).
- Als Instrumente zur Prognose von erneuter Gewalt- bzw. Sexualdelinquenz kamen die Checklisten *Historical, Clinical and Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme*, kurz: *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20, Müller-Isberner, Jöckel & Gonzales Cabeza, 1998; Webster et al., 1997) und *Sexual-Violence-Risk-20* (SVR-20; Boer et al., 1997; Müller-Isberner, Gonzales Cabeza & Eucker, 2000) zum Einsatz. Anhand von 20 Items werden darin jeweils spezifische Risikofaktoren erfasst, die einen Rückschluss auf bestehende Gefährlichkeit erlauben. Ob im Einzelfall HCR-20 oder SVR-20 zugrunde gelegt wurde, hing von der Art des Unterbringungsdelikts ab: Handelte es sich dabei um ein Sexualdelikt, so war die SVR-20 auszufüllen, im Falle eines anderen Delikts der HCR-20¹³ (vgl. auch Punkt 1.2.3.2.2 bzw. Tab. 1.3) (siehe Anhang G [HCR-20] bzw. H [SVR-20]).
- In halbjährlichen Abständen erfolgte mit Hilfe des für das Projekt entwickelten Fragebogens VEDO eine *Verlaufsdokumentation* über jeden Patienten hinsichtlich der vergangenen sechs Monate (erstmalig zum zweiten Erhebungszeitpunkt bezogen auf einen konkreten Patienten). Inhaltliche Vorlage für den Fragebogen VEDO bildeten die freien Verlaufsstellungnahmen aus dem vorangegangenen Modellprojekt ASN-II (Butz et al., 2013; Mokros & Osterheider, 2010). Die folgenden Aspekte werden im Fragebogen VEDO berücksichtigt: *Behandlungsumfang, Kontakt zu anderen Nachsorgeeinrichtungen und -diensten, Legalbewährung, Wohnsituation, soziale/*

¹³ Bei den Angaben zur *Psychopathy* (SVR-20: Item 3, HCR-20: Item 7) genügte eine Einschätzung aus dem klinischen Eindruck, ob beim Patienten psychopathische Persönlichkeitszüge hoch (2 Punkte), mittelgradig (1 Punkt) oder aber gering/nicht (0 Punkte) ausgeprägt sind.

berufliche Reintegration, Durchführung und Resultate von Medikamentenspiegelkontrollen und Alkohol- oder Drogenscreenings, psychopathologischer Zustand und Zukunftsperspektive (siehe Anhang I).

Bei CGI, GAF und HCR-20/SVR-20 wurde auf veröffentlichte und bewährte Instrumente zurückgegriffen. Hinsichtlich der in der vorliegenden Form für die beschriebene Evaluation entwickelten Fragebögen BADO und VEDO wurden Kennzahlen zur Beurteilerübereinstimmung in einer unveröffentlichten Bachelor-Arbeit an der Universität Regensburg bestimmt (Schneider, 2014): Für 24 Patienten der vorliegenden Studie wurden doppelte Erhebungen der BADO und VEDO durch unabhängige Beurteiler zu einem festen Stichtag durchgeführt. Hierbei ergab sich für die metrischen Variablen der Basisdokumentation ein Median der ermittelten Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) von $ICC_{med} = 0.77$, sowie für die kategorialen Variablen ein Median der Übereinstimmungsmaßzahlen (Cohen's Kappa, κ) von $\kappa_{med} = 0.39$. Für die Variablen aus der Verlaufsdokumentation ergaben sich analoge Mediane von $ICC_{med} = 0.56$ für die metrischen und $\kappa_{med} = 0.47$ für die kategorialen Variablen. Schneider (2014) wies zusammenfassend darauf hin, dass die Maßzahlen zur Beurteilerübereinstimmung bei faktenbasierten Items deutlich höher als die genannten Mediane ausfielen und insbesondere höher als die Übereinstimmungswerte für Variablen, die subjektiven Einbezug der Patienten erfordert hätten. Somit wurden insgesamt „zufriedenstellend objektive“ (Schneider, 2014, S. 4) Übereinstimmungen bzw. Ergebnisse erzielt.

2.1.2 Bundeszentralregister-Auskünfte und allgemeine Daten zu den beteiligten Ambulanzen

Zusätzlich zu den in den Kliniken erfassten Daten wurden Bundeszentralregister (BZR)-Auskünfte zur Feststellung möglicher deliktischer Rückfälle zu allen eingeschlossenen Patienten erhoben. Hierzu wurde im März 2013 (mit Addendum von Mai 2013) ein entsprechender Antrag beim Bundesamt für Justiz (BfJ) gestellt. Nach endgültiger Genehmigung des Antrags (Februar 2014) wurden im Mai 2014 Bundeszentralregister-Auskünfte erbeten, die im Mai/Juni 2014 – sowie im Fall von 22 korrigierten Auskünften (bei denen aufgrund von Eingabefehlern o. Ä. vorerst Auskünfte ohne Einträge übermittelt worden waren) im November/Dezember 2014 – beim BfJ erhoben und an den Verfasser bzw. die projektdurchführende Abteilung übermittelt.

Ferner wurden durch jährliche Abfragen bei den Leitern der bayerischen Maßregelvollzugskliniken verschiedene Daten zu den bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen abgefragt. Hierbei wurden u. a. Patientenzahlen der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen abgefragt (zum jeweiligen Stichtag 1. Februar sowie jeweils über den gesamten Projektzeitraum 2010 – 2014, auch aufgeteilt nach den §§ 63 und 64 StGB), ebenso Mitarbeiterzahlen. Die Ergebnisse dieser Abfragen fließen in die Ausführungen dieser Arbeit zum aktuellen Stand forensisch-psychiatrischer Nachsorge in Bayern ein (siehe Punkt 1.1.2.4.4) sowie in die Angaben zur Stichprobe (s. Punkt 2.4).

2.2 Rechtlich-ethische Rahmenbedingungen und Datenübermittlung

Für die Evaluationsstudie wurde ein umfassendes Datenschutzkonzept erarbeitet und durch den Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz genehmigt. Zudem wurde ein positives Ethikvotum für das Projekt bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) eingeholt. Von datenschutzrechtlicher Seite ergaben sich verschiedene Vorgaben, die bei der Datenverarbeitung wie folgt eingehalten bzw. umgesetzt wurden:

Alle potenziellen Probanden – d. h. alle Patienten, die im Projektzeitraum durch die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern betreut wurden – wurden per detaillierter Patienteninformation (siehe Anhang K) über die Studie aufgeklärt. Es wurden nur Patienten eingeschlossen, die schriftlich ihre Einwilligung an der Teilnahme erklärten. Die Aufklärung und Einwilligungserklärung (siehe Anhang L) erfolgte durch die Bezugstherapeuten der Patienten in den Ambulanzen, wo die entsprechenden Dokumente aufbewahrt werden.

Alle Fragebögen wurden entsprechend den datenschutzrechtlichen Anforderungen anonymisiert, d. h. personenbezogene Daten, die eine Zuordnung der Fragebögen zu konkreten Personen ermöglichen würden (Name, Geburtsdatum und -ort, Meldeadresse) sind nicht in den Fragebögen enthalten. Die Unterscheidbarkeit der verschiedenen Probanden wird in den Fragebögen durch die Verwendung eindeutiger Codes (fünfstellige Zufallszahlen) gewährleistet. Die Vergabe der Codes wurde wie folgt geregelt: Vor Erhebung von Daten zum jeweiligen Stichtag wurden Listen mit den neu aufzunehmenden Patienten durch die erhebenden forensisch-psychiatrischen Ambulanzen an einen externen, unabhängigen Treuhänder versandt (Dr. Alexander Schmidt, damaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Psychologie der

Universität Bonn), der jedem Patienten einen fünfstelligen Zufalls-Code zuwies und die Codes der Patienten wiederum den Kliniken mitteilte. Die Erhebung und anschließende postalische Übermittlung der Daten/Fragebögen an die Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg erfolgte ausschließlich unter Verwendung der Zufalls-Codes und ohne identifizierbare Daten. Um eine mögliche Zuordnung von persönlichen Informationen und identifizierbaren Daten auch bei der Erhebung von Auskünften aus dem Bundeszentralregister zu vermeiden, wurden die BZR-Auskünfte vom genannten Treuhänder beim Bundesamt für Justiz beantragt und die Auskünfte von dort unter Angabe der o. g. Codes direkt an die o. g. Abteilung damit an den Verfasser versandt.

Beim Verfasser bzw. der projektdurchführenden Abteilung lagen somit keinerlei identifizierbare Daten zu den eingeschlossenen Patienten vor, die Eingabe und Auswertung der Daten erfolgte vollständig anonym unter Verwendung der o. g. Codes.

2.3 Datenauswertung

Die Eingabe, Aufbereitung und Auswertung der in Papierform übermittelten Daten erfolgte mit Hilfe des Software-Statistikprogramms *IBM SPSS Statistics 22* ®. Für einzelne Teilberechnungen sowie die Erstellung von Grafiken wurde das Programm *Microsoft Excel 2010* ® verwendet. Die Eingabe der Rohdaten wurde durch studentische Hilfskräfte und Praktikanten der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg unterstützt.

2.3.1 Daten zu Rückfallquoten und Effektivität forensisch-psychiatrischer Ambulanzen

Zur Ermittlung deliktischer Rückfallquoten wurde der Anteil jener Patienten erfasst, bei denen seit der bedingten Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug mindestens ein erneuter Eintrag ins Bundeszentralregister vorgenommen wurde. Somit fließen in die Ermittlung der Rückfallquoten sämtliche erneute Straftaten, Vergehen, Sanktionen wie Widerrufe der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung wegen juristisch auffälligen Verhaltens sowie Verstöße gegen gerichtliche Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht ein.

Für Vergleiche mit Stichproben von Maßregelvollzugpatienten ohne systematische Nachsorge wurden frühere Daten aus Untersuchungen zur Rückfälligkeit mit

vergleichbaren Beobachtungszeiträumen herangezogen (Jehle et al., 2003, 2010), wobei es sich um Stichproben mit vergleichbarem juristischen Hintergrund (§ 63 StGB oder § 64 StGB) handelte. Die Daten von Jehle et al. (2003) beziehen sich auf alle 695 Maßregelvollzugspatienten gem. § 63, die im Jahr 1994 in der Bundesrepublik Deutschland entlassenen und über vier Jahre wissenschaftlich weiterverfolgt wurden. In der späteren Studie berichten Jehle et al. (2010) von allen 1161 Patienten gem. § 64 StGB, die 2004 in der BRD entlassen und für die über einen Zeitraum von drei Jahren Rückfalldaten erhoben wurden.¹⁴

Um die Stichprobenvergleiche hinsichtlich statistisch signifikanter Unterschiede bzgl. der Rückfallquoten beurteilen zu können, wurden erstens mittels *Bootstrap*-Verfahren (10^3 Stichprobenziehungen) 95 %-Konfidenzintervalle (*KI*) für die einzelnen (Teil-) Stichproben berechnet. Überschneiden sich die beiden Konfidenzintervalle zweier verglichener Stichproben nicht, ist von signifikantem Unterschied auszugehen (Cumming, 2009). Zudem wurden die Unterschiede der Rückfallquoten für die einzelnen Vergleiche mittels z-Teststatistik für unabhängige Stichproben auf statistische Signifikanz überprüft.

Alle Vergleiche von Rückfallquoten zwischen einzelnen Patientengruppen wurden erstens für die gesamten Substichproben (§ 63 StGB: $N = 155$ und § 64 StGB: $N = 251$) aus der hier untersuchten Population von Patienten durchgeführt, wobei die mittleren Beobachtungszeiträume der vorliegenden Stichproben vergleichbar waren mit den Beobachtungszeiträumen der Vergleichsstichproben (bzw. im Sinne einer konservativen Beurteilung geringfügig höher): für Patienten gem. § 63 StGB im Mittel 50.1 Monate ($SD = 21.5$), für Patienten gem. § 64 StGB im Durchschnitt 40.2 Monate ($SD = 19.4$). Da es sich bei den Vergleichsstichproben um Studien mit festen Beobachtungszeiträumen für alle Patienten handelt (Jehle et al., 2003: 48 Monate für $N = 695$ Patienten gem. § 63 StGB, Jehle et al., 2010: 36 Monate für $N = 1161$ Patienten gem. § 64 StGB), wurden in einem zweiten Vergleich für die hier untersuchten Patienten ebenfalls feste, zu den jeweiligen Vergleichsstudien gleiche

¹⁴ Wie beschrieben erhielt forensische Nachsorge erst mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht im Jahr 2007 Einzug in die Bundesgesetzgebung Beß (2010), wodurch eine flächeneckende Etablierung forensisch-psychiatrischer Nachsorge in der BRD erst in dieser Zeit – d. h. nach den Entlassungsjahren der beiden Vergleichsstudien – umgesetzt wurde (in Bayern bspw. ab 2009, vgl. Butz, Mokros & Osterheider, 2013, 2014). Hiernach ist bei den beiden Vergleichsstichproben davon auszugehen, dass keine „systematische“, also spezialisierte, alle Patienten umfassende Nachsorge stattfand, wie sie heute Standard ist und in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird (auch wenn Nachbehandlung einzelner Patienten durch verschiedene Stellen oder in Modellprojekten zu forensischer Nachsorge möglich ist).

Beobachtungszeiträume gebildet und die Rückfallquoten wiederum verglichen. In diesen Vergleich gingen die Daten von $n = 86$ Patienten gem. § 63 StGB und $n = 144$ Patienten gem. § 64 StGB aus der hier untersuchten Stichprobe ein.

2.3.2 Daten zur Rückfallprognose

Wie die Analysen und Vergleiche zu Rückfallquoten wurden auch die Berechnungen zu Prognosefaktoren hinsichtlich deliktischer Rückfälligkeit getrennt für die beiden Substichproben der Patientengruppen gem. § 63 StGB und § 64 StGB vorgenommen. Zudem wurden für die beiden Stichproben statische und dynamische Rückfallprädiktoren separat analysiert: Als statische Faktoren wurden alle Daten/Variablen behandelt, die zum Zeitpunkt der Aufnahme eines Patienten in die forensisch-psychiatrische Nachsorge erfasst worden waren. Die statischen Faktoren beziehen sich somit auf die Zeit bis zu Beginn der ambulanten Behandlung und sind unveränderlich. Sie gehen aus dem Fragebogen zur Basisdokumentation (BADO) hervor. Dynamische Risikofaktoren wurden für alle nicht rückfälligen Patienten aus der letzten vorhandenen Verlaufsdokumentation (VEDO) entnommen (also zum Stichtag 1.9.2014 bzw. für früher aus der Nachsorge entlassene Patienten zum letzten Beobachtungszeitpunkt). Für rückfällige Patienten wurde die letzte Verlaufsdokumentation vor dem erneuten Delikt herangezogen. Die dynamischen Prognosefaktoren beziehen sich somit auf die letzten sechs Monate der Behandlung in der forensisch-psychiatrischen Ambulanz bzw. auf die letzten sechs Monate der Behandlung vor einem erneuten Delikt. Nicht für alle rückfälligen Patienten waren Verlaufsdokumentationen aus der Zeit vor dem erneuten Delikt vorhanden. Um dennoch prospektiv Prognosefaktoren ermitteln zu können und gleichsam Beurteilungsverzerrungen bei retrospektiver Bewertung des Verlaufs zu vermeiden, wurden für die Analyse dynamischer Faktoren ausschließlich die Probanden ausgewählt, für die Verlaufsdokumentationen aus den letzten sechs Monaten vor dem Rückfalldelikt vorhanden waren. Somit mussten im Bereich § 63 StGB fünf Probanden aus der Analyse ausgeschlossen werden ($n = 150$), im Bereich § 64 StGB 39 Patienten ($n = 212$).

Insgesamt verliefen die Analysen zu Auswahl und Auswertung von (potenziell) relevanten Prognosefaktoren in einem dreischrittigen Vorgehen, welches zur Verdeutlichung in Abbildung 2.1 schematisch dargestellt wird.

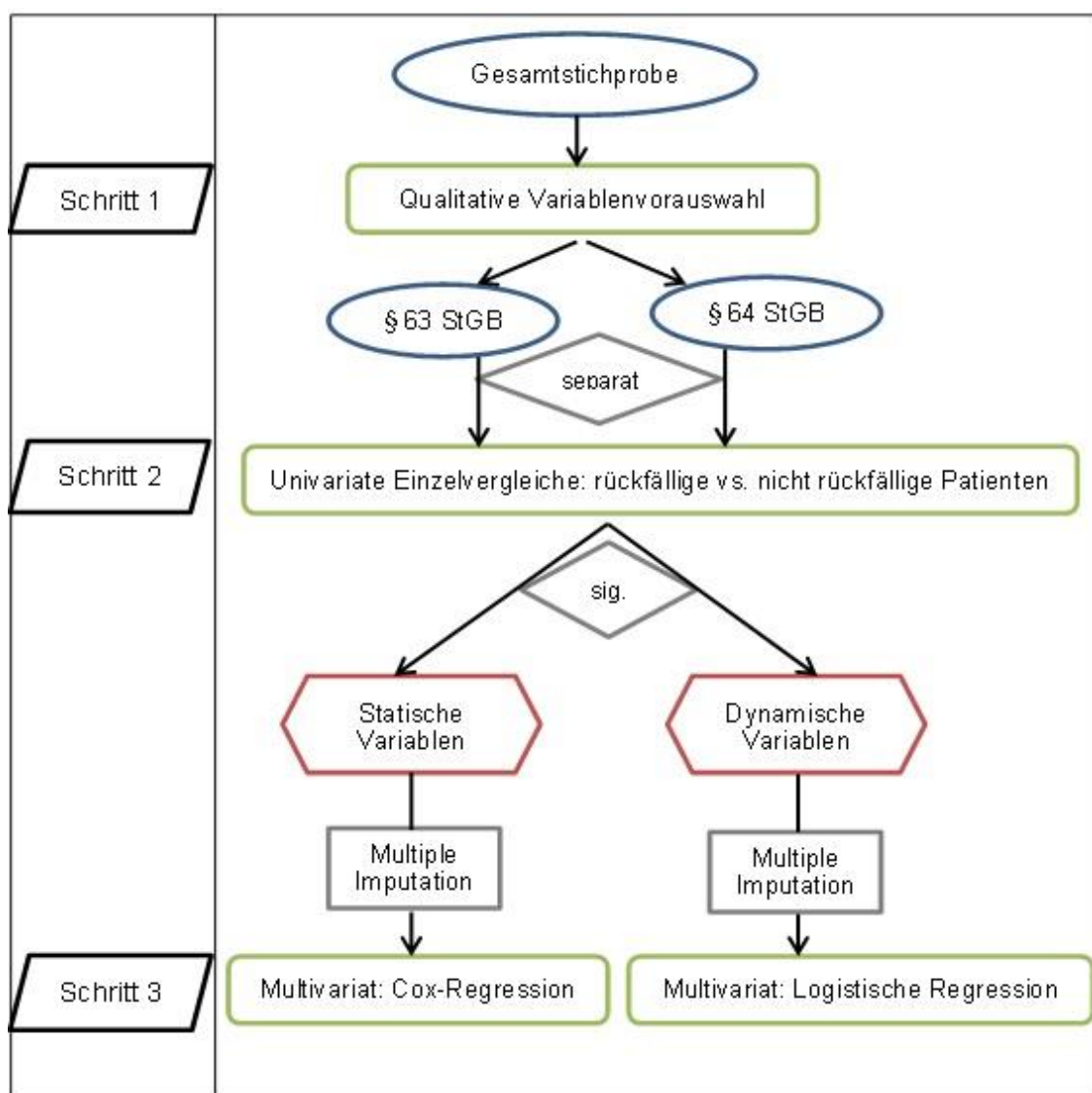


Abbildung 2.1

Dreischrittiges Prozedere zur Auswahl und Auswertung der Prognosefaktoren schematisch

Im ersten Schritt im Rahmen der Analyse von Rückfallprädiktoren wurden potenziell in Frage kommende Variablen bzw. Faktoren qualitativ ausgewählt. Grundlage der Auswahl waren erstens vorliegende Forschungsergebnisse im Bereich Risikoprognose, wie sie im Punkt 1.2.3.2 ausführlich dargestellt sind. Zweitens spielten logisch-explorative Annahmen möglicher relevanter Faktoren eine Rolle, da für den Bereich ambulanter forensischer Nachsorge und insbesondere für suchtmittelerkrankte Patientengruppen bisher kaum Forschungsergebnisse bzgl. Rückfallprädiktoren vorliegen. Drittens wurden praktische Gegebenheiten einbezogen, insofern als Faktoren, die im klinischen Alltag ohnehin per Basisdokumentationen etc. erfasst werden, ebenfalls in die Analysen einbezogen wurden. Eine Auflistung aller in die Analysen zu Prognosefaktoren einbezogenen Variablen ($i = 231$ statische Variablen,

$j = 44$ dynamische Variablen) findet sich im Anhang C (unter Angabe der vermuteten Richtungen der Zusammenhänge mit deliktischer Rückfälligkeit). Die Darstellung der Variablen orientiert sich dort, wie auch in der Darstellung der Ergebnisse, am in Punkt 1.2.3.2.5 dargestellten Unterteilungsversuch von aus der Forschung bekannten Prädiktoren für erneute Straftaten zu übergeordneten Bereichen (s. Tab. 1.7).

In einem zweiten Schritt wurden im Sinne einer explorativen Auswahl für alle erfassten Variablen univariate Einzelvergleiche zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Probanden aus den beiden Stichproben berechnet. Hierfür wurden mehrfach gestufte kategoriale Variablen mittels Dummy-Codierung in einzelne, jeweils dichotome Variablen transformiert, da für den Großteil der mehrfach gestuften Variablen eine Berechnung statistischer Kennzahlen sonst nicht möglich gewesen wäre, da wiederum die Voraussetzungen von χ^2 -Tests (mindestens 5 erwartete Fälle pro Zelle) nicht erfüllt waren. Die Überprüfung statistischer Signifikanz bei den Unterschieden zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Probanden hinsichtlich der einzelnen dichotomen Variablen erfolgte mittels χ^2 -Tests. Für dichotomisierte Variablen, bei denen die o. g. Voraussetzung für den χ^2 -Test nicht erfüllt war, wurde auf den *Fisher-Exakt-Test* zurückgegriffen. Für stetige Variablen wurden punktbiseriale Korrelationen mit Rückfälligkeit berechnet. In diesem Schritt wurden alle Vergleiche bzw. Berechnungen auf einseitige Signifikanz ($\alpha = .05$) überprüft, da wie beschrieben von bestimmten Richtungen der Unterschiede bzw. des Einflusses der untersuchten Variablen auf spätere Rückfälligkeit auszugehen ist. Zudem wurden für alle Einzelvergleiche Effektstärken berechnet, im Falle der kategorialen Variablen *Cramer's V* (was mit Vorsicht zu interpretieren ist bei Unterschieden, die mittels *Fisher Exakt-Tests* überprüft wurden) und im Falle stetiger Variablen ein adaptiertes, mit der Basis-Rückfallrate der jeweiligen Stichprobe gewichtetes d' nach *Cohen*, wie es von Rice und Harris (2005) für die Beurteilung der Effektstärken von Prognosefaktoren bei deliktischer Rückfälligkeit vorgeschlagen wurde. Faustregeln zur Interpretation der verschiedenen Maße zur Effektstärkenbestimmung finden sich in Tabelle 2.2.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass die explorativen univariaten Analysen sich aufgrund von verschiedenen fehlenden Werten auf leicht unterschiedliche Stichprobenumfänge beziehen. Allerdings wurden nur Variablen und deren Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Probanden auf Signifikanz überprüft, bei denen bezogen auf die jeweilige Stichprobe nicht mehr als 10 % der Werte fehlten (einzige Ausnahmen: für die Patienten gem. § 64 StGB die Skalen CGI und GAF im Rahmen der Verlaufsdokumentation [jeweils $K = 187$], die trotz geringfügig größerer Anzahlen fehlender Werte [je 11.8 %] aufgrund ihrer hohen Wichtigkeit in die Analysen mit aufgenommen wurden).

Tabelle 2.2

Faustregeln zur Interpretation der angewandten Effektstärkenmaße

	adaptiertes d'	Cramer's V
<i>kleiner Effekt</i>	0.2	0.1
<i>mittlerer Effekt</i>	0.5	0.3
<i>großer Effekt</i>	0.8	0.5

Anmerkungen. nach Bortz (2005), Cohen (1992), Rice & Harris (2005). Es werden jeweils die Untergrenzen der Werte der einzelnen Koeffizienten für die jeweilige Interpretationsstufe angegeben.

Die in der vorliegenden Untersuchung angewandten Skalen (CGI, GAF, HCR-20) wurden nicht in die multivariaten Analysen der (vorher signifikanten) einzelnen Variablen aufgenommen, da eine Vergleichbarkeit von faktisch beobachteten Gegebenheiten und arbiträr mittels Skalen eingeschätzten Konstrukten nicht ohne Weiteres angenommen werden kann. Die Analyse der untersuchten Skalen erfolgte somit ausschließlich mittels univariaten Verfahren (punktbiseriale Korrelationen und Effektstärken). Zudem wurden hinsichtlich der Rückfallprognoseinstrumente Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten ausschließlich für den HCR-20 und somit ausschließlich für Nicht-Sexualstraftäter analysiert ($n = 135$ für § 63 StGB, $n = 238$ für § 64 StGB): Eine Vergleichbarkeit der Werte aus HCR-20 und SVR-20 ist nicht einfach anzunehmen. Bei Sexualstraftätern bzw. der Anwendung von SVR-20 ergaben sich ferner derart kleine Fallzahlen, dass diese statistisch nicht sinnvoll analysiert werden konnten.

Im dritten Schritt erfolgten multivariate Analysen. Hierfür wurden zunächst (getrennt für statische und dynamische Risikofaktoren) Ersetzungen fehlender Daten mittels *multipler Imputation* vorgenommen, um multivariate Analysen mit möglichst großen Fallzahlen durchführen zu können. Das Verfahren multipler Imputation zur Ersetzung fehlender Daten wird u. a. bei Allison (2002), Rubin (1987), Schafer (1999) sowie Schafer und Olsen (1998) näher beschrieben.

Für alle vorgenommenen multiplen Imputationen wurden zuvor qualitative Analysen der Muster fehlender Werte vorgenommen. Hierbei zeigten sich keine gehäuft auftretenden Muster fehlender Werte, so dass die Prozedur multipler Imputation angewandt werden konnte. Bei jeder der insgesamt vier vorgenommenen multiplen Imputationen wurden jeweils 20 einzelne Imputationen erstellt, wobei als (vom Softwareprogramm voreingestellte) Imputationsmethode die „vollständig konditionale Spezifikation“ mit 10 Iterationen und als einzelne Imputationsmodelle für kategoriale Variablen logistische Regression und für metrische Variablen lineare Regression

angewandt wurden. Die anschließenden multivariaten Verfahren wurden mit den zusammengefassten („gepoolten“) Daten der jeweils 20 Imputationen durchgeführt und ausgewertet (weshalb hier bei den Regressionsmodellen keine *Wald*-Statistiken angegeben werden und Modellgüte-/Omnibustests nur für die einzelnen Imputationen angegeben werden können). Detaillierte Angaben zu Anzahlen von in die Imputationen einbezogenen unabhängigen Variablen, Anzahlen von Probanden mit fehlenden Werten und Anteilen fehlender Werte insgesamt sind für die einzelnen Teilstichproben in Tab. 2.3 dargestellt.

Tabelle 2.3

Kennwerte zu den vor den multivariaten Analysen durchgeführten multiplen Imputationen zur Ersetzung fehlender Werte

Teilstichprobe		Stich- proben- größe	Anzahl imputierter Variablen (UV) ^a	Anzahl Probanden mit fehlenden Werten (%) ^b	Anteil fehlender Werte gesamt ^c
§ 63 StGB	Statische Variablen	N = 155	12	38 (24.5 %)	3.4 %
	Dynamische Variablen	n = 150	3	13 (8.7 %)	4.9 %
§ 64 StGB	Statische Variablen	N = 251	22	68 (27.1 %)	1.0 %
	Dynamische Variablen	n = 212	15	26 (12.3 %)	5.6 %

Anmerkungen.

^a: Die abhängige Variable („rückfällig?“) sowie für die statischen Variablen die Zeitvariable (*time at risk*) wurden jeweils in die multiple Imputation aufgenommen (vgl. Enders, 2010). Da bei beiden Variablen jedoch keine fehlenden Werte vorhanden waren, sind sie hier nicht berücksichtigt.

^b: Anteil (%) bezogen auf die jeweilige Teilstichprobe.

^c: bezogen auf die Gesamtzahl aller in die multivariate Analyse einbezogenen Datenwerte für die jeweilige Teilstichprobe.

Die multivariate Analyse der statischen Risikofaktoren wurde für beide Stichproben mittels Cox-Regression (für umfassende Erläuterung bzw. einen kompakten Überblick siehe Cox, 1972 bzw. Ziegler, Lange & Bender, 2007) durchgeführt (Methode:

Einschluss aller erklärenden Variablen simultan). Hierbei wurde als Zeitvariable die „*time at risk*“, d. h. die rückfallfreie Zeit seit der bedingten Entlassung bis zum Ende des Beobachtungszeitraums bzw. für rückfällige Patienten bis zum ersten erneuten Delikt berücksichtigt. Die mittlere *time at risk* für die Patienten gem. § 63 StGB betrug $M = 47.68$ Monate ($SD = 22.21$) bei einem Minimum von 3 und einem Maximum von 105 Monaten. Für die Patienten gem. § 64 StGB ergab sich eine mittlere *time at risk* von $M = 33.86$ Monaten ($SD = 19.38$), $Min = 1$, $Max = 100$. Da die Zeit vom Messzeitpunkt bis zum Projektabschluss/erneuten Rückfall bzw. das beobachtete Zeitintervall bei den dynamischen Risikofaktoren konstant ist (Beurteilung der *letzten sechs Behandlungsmonate*), wurde für die dynamischen Risikofaktoren als multivariates Modell die binär logistische Regression (Methode: Einschluss) verwendet.¹⁵ Die o. g. *time at risk* wurde hierbei als vorbestehende erklärende Variable ins Modell bzw. in die Analysen aufgenommen. Für beide Regressionsmodelle wurde bei dichotomen (erklärenden) Variablen als Referenzkategorie die Ausprägung „trifft nicht zu“ gewählt.

Schließlich wurden bei ursprünglich (also vor Transformation und Dummy-Codierung, s. o.) dichotomen unabhängigen Variablen, falls sich im Rahmen der explorativen, univariaten Voranalyse signifikante Unterschiede für beide Stufen der Variable ergaben, nicht beide signifikanten Dummy-Variablen in die multivariaten Analysen aufgenommen, um statistische Abhängigkeit und somit Redundanz zu vermeiden. Dies war ausschließlich für folgende Variablen im Rahmen der binär logistischen Regression bei der Stichprobe gem. § 64 StGB der Fall: *subjektive Zukunftspläne vorhanden*, *Legalbewährung: Auffälligkeiten oder kritische Verhaltensweisen vorhanden* und *Freizeitaktivitäten vorhanden*. In die multivariate Analyse wurde für alle drei genannten Variablen nur die Dummy-Variable „zutreffend“ aufgenommen. Bei mehrfach gestuften Variablen wurden ggf. alle signifikanten (Dummy-)Variablen aus der univariaten Vorauswahl in die multivariate Analyse aufgenommen (was jedoch in keinem Fall für alle Stufen einer Variable zutreffend war).

¹⁵ Vittinghoff und McCulloch (2007) kommen in einer entsprechenden methodischen Arbeit zu dem Schluss, dass für multivariate Analysen mittels logistischer oder Cox-Regression ab Stichprobengrößen von fünf Fällen pro erklärender Variable von aussagekräftigen Ergebnissen ausgegangen werden kann. Diese Bedingung ist bei den hier durchgeführten multivariaten Analysen erfüllt.

2.4 Stichprobe

2.4.1 Probandenakquise und Stichprobenauswahl

Durch ihre jeweiligen Bezugstherapeuten wurden alle Maßregelvollzugspatienten, die sich im Zeitraum vom Projektstart (1.1.2010) bis zum vorletzten Erhebungsstichtag (1.3.2014) in Behandlung durch eine der 13 bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen befanden ($N = 2656$) mittels Patienteninformation (siehe Anhang K) über die Studie aufgeklärt und um ihre Einwilligung (vgl. Anhang L) zur Teilnahme gebeten. 486 Patienten (entspr. 18.3 %) wurden als ausreichend einsichtsfähig beurteilt und erklärten ihre freiwillige Teilnahme an der Studie. Rückfallfreie Patienten wurden nur eingeschlossen, sofern ein erfolgreich legalbewährter Zeitraum seit der bedingten Entlassung von mindestens zwölf Monaten aus den zugehörigen BZR-Auskünften hervorging. Grund hierfür ist, dass Einträge ins BZR nach einer juristischen Sanktion häufiger längere Zeit in Anspruch nehmen (nach Gericke & Kallert, 2007 bis zu einem Jahr) und hierdurch eine Verzerrung der Daten durch Fehlbeurteilung von rückfälligen Patienten, bei denen nur noch keine Einträge ins BZR vorgenommen wurden, verhindert werden sollte (vgl. Punkt 1.1.2.3.4). Deshalb wurden 28 Patienten ausgeschlossen. Weitere zwölf Patienten wurden wegen unklar zu interpretierender BZR-Auskünfte ausgeschlossen ($n = 3$: BZR-Status „gesucht“; $n = 3$: Patienten verstorben, daher keine BZR-Auskünfte erteilt; $n = 6$: keinerlei Einträge im BZR vorhanden, was auf Fehler in der Datenübermittlung o. Ä. zurückzuführen ist, da bei Maßregelvollzugspatienten Löschungen von Eintragungen im BZR erst ab dem 90. Lebensjahr erfolgen, vgl. Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014). Schließlich wurden weitere 40 Patienten ausgeschlossen, die zwar durch die involvierten Ambulanzen betreut wurden, bei denen es sich jedoch nicht um Patienten in Nachsorge nach bedingter Entlassung handelte, sondern um Patienten mit anderer juristischer Grundlage ($n = 22$: §§ 63, 67 b StGB und $n = 10$: §§ 64, 67 b StGB: Maßregel sogleich ausgesetzt zur Bewährung; $n = 2$: § 126a i. V. m. § 116 Abs. 3 StPO: Einstweilige Unterbringung, ausgesetzt zur Bewährung; $n = 6$: unklare juristische Grundlage der Behandlung). So ergab sich eine Gesamtstichprobe von $N = 406$ Patienten (15.3 % der Population der durch die bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen behandelten Maßregelvollzugspatienten).

2.4.2 Kennwerte der Stichproben

Die absoluten Anzahlen der in der vorliegenden Studie eingeschlossenen Patienten pro Ambulanzstandort und aufgeteilt nach den beiden juristischen Behandlungsgrundlagen § 63 und § 64 StGB werden in Abbildung Abb. 2.2 wiedergegeben. Zwischen der Gesamtzahl der im Projektzeitraum behandelten Patienten und der Anzahl der eingeschlossenen Patienten pro Ambulanz-Standort ergab sich eine Korrelation von $r = .61$ ($p < .05$). Hiernach konnten gemessen an der Patientenzahl größere Ambulanzen tendenziell auch mehr Patienten in die Studie einschleusen. Der Anteil der insgesamt 2656 Patienten, die im Projektzeitraum in Bayern gem. § 63 StGB behandelt wurden, lag bei 38.4 % (Patienten gem. § 64 StGB: 61.2 %). In der untersuchten Stichprobe lag dieser Anteil der § 63 StGB-Patienten bei 38.2 % (§ 64 StGB: 61.8 %). Zwischen den Anteilswerten der Gesamtstichprobe (für Bayern) und der untersuchten Stichprobe bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede (für § 63 StGB: $z = 0,050$, $p = .96$; für § 64 StGB: $z = 0,187$, $p = .86$).

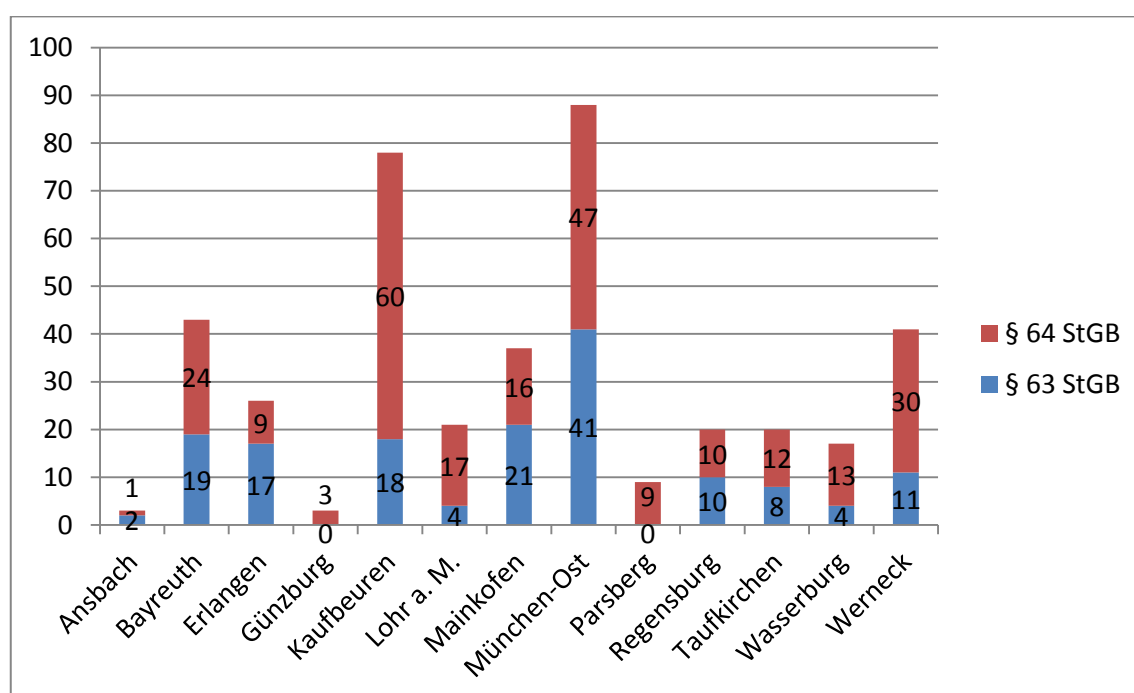


Abbildung 2.2

Stichprobe (N = 406): Patienteneinschlüsse (absolut) nach Standorten der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern

Da die Datenauswertungen für die Patientenstichproben der psychiatrisch erkrankten (§ 63 StGB) und der Suchtpatienten (§ 64 StGB) separat erfolgte, werden auch die

Deskriptiva der beiden Substichproben getrennt voneinander dargestellt. $N = 155$ Patienten wurden nach der bedingten Entlassung aus dem stationären psychiatrischen Maßregelvollzug gem. §§ 63, 67 d StGB behandelt, bei $N = 251$ Patienten handelte es sich um Patienten nach Entlassung aus der stationären Entziehungsanstalt (§§ 64, 67 d StGB). In Tabelle 2.4 sind wesentliche Kennzahlen zur Beschreibung sowohl der Gesamtstichprobe, als auch der beiden Substichproben (§ 63 StGB und § 64 StGB) mit Kennzahlen zu Unterschieden zwischen beiden Substichproben zusammengefasst.

Tabelle 2.4

Deskriptiva der Gesamtstichprobe und der Substichproben bei Aufnahme der Patienten in die Studie mit Unterschiedsmaßen zwischen § 63 StGB und § 64 StGB

	Gesamtstichprobe ($N = 406$)	§ 63 StGB ($n = 155 \triangleq$ 38.2 %)	§ 64 StGB ($n = 251 \triangleq$ 61.8 %)	Teststatistik für den Gruppenunterschied (§ 63 vs. § 64) ^b
Alter ^a	38.6 (9.8) [Min=20, Max=69]	42.9 (9.9) [Min=25, Max=69]	36.0 (8.7) [Min=20, Max=66]	$t = 7.06$ $p < .01$
Geschlecht [weiblich]	7.9 %	7.7 %	8.0 %	$\chi^2 = 0.00$ $p = .99$
Staatsangehörigkeit [deutsch]	83.7 %	80.6 %	85.7 %	$\chi^2 = 1.03$ $p = .31$
Dauer vorheriger Unterbringung ^a	44.5 (33.1) [Min=0, Max=220]	69.1 (40.7) [Min=5, Max=220]	27.5 (8.9) [Min=0, Max=67]	$t = 11.97$ $p < .01$
Anzahl der Vorstrafen ^a	5.9 (5.5) [Min=0, Max=27]	4.4 (5.5) [Min=0, Max=26]	6.7 (5.3) [Min=0, Max=27]	$t = -4.1$ $p < .01$
Bildungsgrad [Anteil ohne qualifizierenden Hauptschul- oder höheren Abschluss]	61.3 %	56.8 %	64.1 %	$\chi^2 = 1.49$ $p = .22$

Anmerkungen.

^a: Mittelwert, in Klammern: Standardabweichung, *Min* = Minimum, *Max* = Maximum.

^b: Signifikante Unterschiede (zweiseitige Tests, $p < .01$) sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Hinsichtlich der Vergleiche der beiden Substichproben zeigt sich, dass die Patienten gem. § 63 StGB bei Aufnahme signifikant älter waren als die Patienten gem. § 64 StGB. Ferner hatten § 63 StGB-Patienten eine deutlich längere Zeit der vorangegangenen Unterbringung vorzuweisen, was auf die Befristung der Maßregel gem. § 64 StGB bei unbefristeter Maßregel gem. § 63 StGB zurückgeht. Zudem wiesen die Patienten gem. § 64 StGB eine quantitativ höhere Vorstrafenbelastung auf. Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergaben sich hinsichtlich Geschlecht, Staatsangehörigkeit und (grob unterteiltem) Bildungsgrad.

Die Hauptdiagnosen der eingeschlossenen Patienten gemäß der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) (Dilling et al., 2010) gehen aus Abb. 2.3 hervor, wobei prozentual die Erstdiagnosen für beide Teilstichproben angegeben werden.

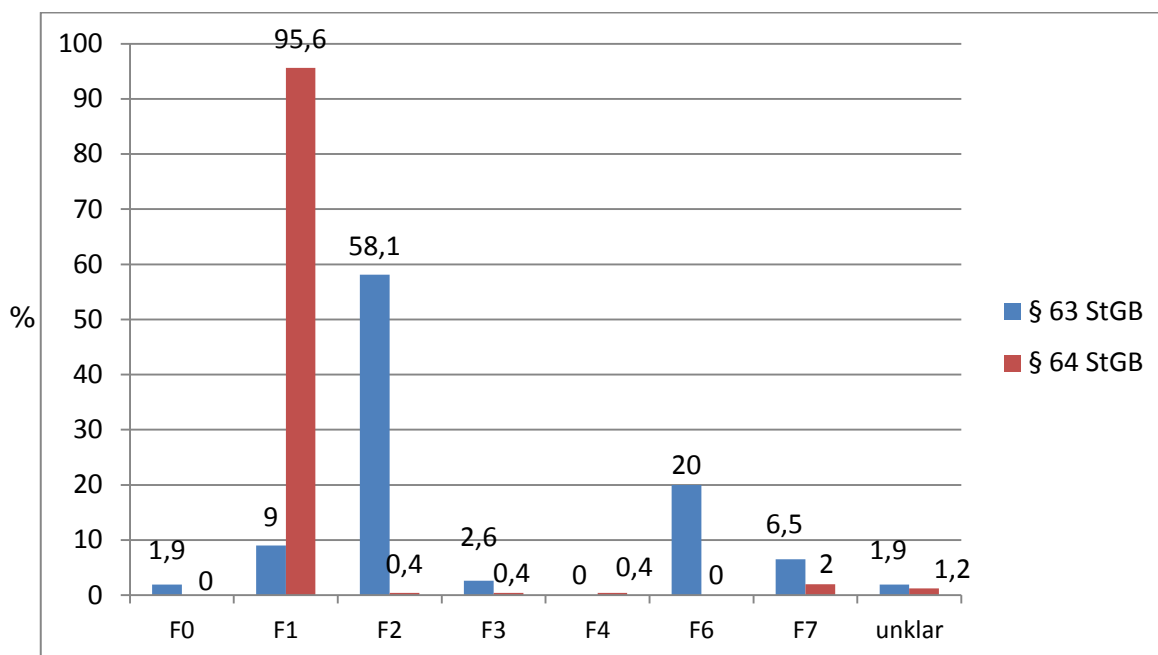


Abbildung 2.3

Primärdiagnosen der Patienten beider Substichproben nach ICD-10 prozentual

In diagnostischer Hinsicht zeigt sich, dass im Bereich § 63 StGB der größte Anteil von Patienten primär unter Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leidet (ICD-10: F2: 58.1 %), gefolgt von Persönlichkeits- und sexuellen Präferenzstörungen (ICD-10: F6: 20.0 %), Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10: F1: 9.0 %) und Intelligenzminderungen (ICD-10: F7: 6.5 %). Ferner wurde bei 65.2 % der Patienten gem. § 63 StGB mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose vergeben.

Bei den Patienten gem. § 64 StGB leidet der größte Teil der Patienten (95.6 %) unter einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1), was aus der Maßregel gem. § 64 StGB per se hervorgeht. In 2.0 % der Patienten lagen Intelligenzminderungen (ICD-10: F7) vor, bei jeweils 0.4 % der Fälle Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F2), aus dem Spektrum affektiver Störungen (ICD-10: F3) bzw. neurotische Störungen (ICD-10: F4). Bei den Patienten gem. § 63 StGB lagen in 43.8 % der Patienten Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen vor.

Abbildung 2.4 gibt einen Überblick über die Indexdelikte der eingeschlossenen Patienten, konkret über die schwersten Straftatbestände, die zur vorangegangenen Unterbringung im Maßregelvollzug geführt hatten.

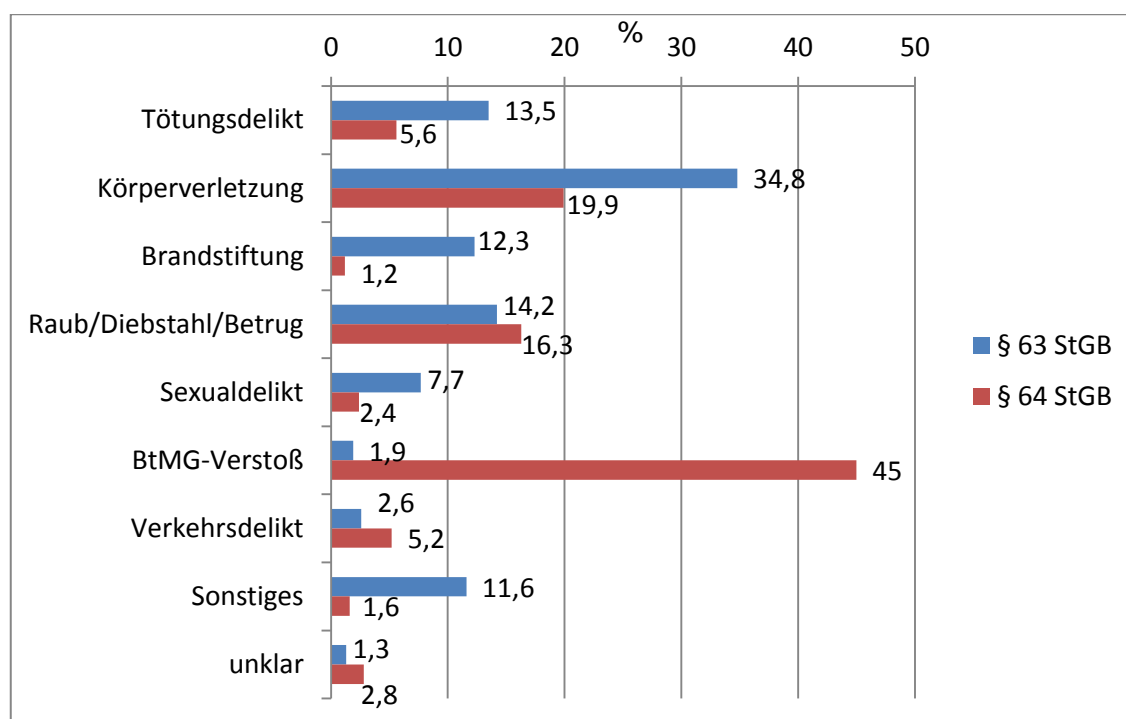


Abbildung 2.4

Schwerste Straftatbestände aus den Indexdelikten beider Substichproben prozentual

Bei den Straftatbeständen zeigt sich, dass die häufigsten Straftaten, die zur Maßregelvollzugsunterbringung geführt hatten, bei den Patienten gem. § 63 StGB Körperverletzungsdelikte (34.8 %) waren, gefolgt von Eigentumsdelikten (14.2 %), Tötungsdelikten (13.5 %) und Brandstiftung (12.3 %). Sexualdelikte machten mit 7.7 % einen kleineren Teil der Stichprobe aus. Insgesamt machte schwere Delinquenz (definiert als Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit oder die sexuelle Selbstbestimmung) 56.0 % aller Straftaten in dieser Gruppe aus.

In der Gruppe der Patienten gem. § 64 StGB wurden am häufigsten (45.0 %) Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz erfasst. Als nächst häufige Straftaten wurden in 19.9 % der Fälle Körperverletzungsdelikte verzeichnet, anschließend Eigentumsdelikte (16.3 %), Tötungsdelikte (5.6 %) und Verkehrsdelikte (5.2 %). In dieser Gruppe lag der Anteil schwerer Delinquenz (Körperverletzung, Tötungsdelinquenz, Sexualdelinquenz) bei insgesamt 27.9 %.

2.4.3 Stichprobenvergleiche mit anderen Studien bedingt entlassener Maßregelvollzugspatienten

Zur Überprüfung der Frage nach der Repräsentativität der untersuchten Stichproben für Maßregelvollzugspatienten in ambulanter Nachsorge bzw. für entlassene Maßregelvollzugspatienten wurden für die beiden untersuchten Teilstichproben Vergleiche mit Stichproben früher veröffentlichter Studien zu entlassenen Maßregelvollzugspatienten anhand ausgewählter Kriterien (zu allgemeinen Daten, Daten zur deliktischen Vorgeschichte und diagnostischen Daten) durchgeführt.

Für die Patienten gem. § 63 StGB wurde ein Vergleich zu einer 2009 bundesweit durchgeführten Stichtagserhebung von $N = 342$ Patienten gem. § 63 StGB in forensisch-psychiatrischer Nachsorge (Hahn, 2010; Hahn & Wörthmüller, 2009) durchgeführt. Die Ergebnisse, die für die hier untersuchte Stichprobe aus den Basisdokumentationen bei Aufnahme in die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen bzw. in das Projekt entnommen wurden, sind in Tabelle 2.5 wiedergegeben.

Im Vergleich der beiden Stichproben gem. § 63 StGB zeigt sich, dass keine signifikanten Unterschiede bzgl. Alter, Geschlecht, vorheriger Unterbringungsdauer oder Diagnosen bestehen. Einzig der Anteil der Patienten mit Sexualdelikt ist in der bundesweiten Erhebung höher als in der vorliegenden Stichprobe. Darüber hinaus ergeben sich auch hinsichtlich der Unterbringungsdelikte keine Unterschiede. Hiernach ist davon auszugehen, dass es sich bei der beschriebenen Untersuchung um eine weitgehend vergleichbare Stichprobe von sich in Nachsorge befindlichen Patienten gem. § 63 StGB handeln dürfte.

Tabelle 2.5

Vergleich zwischen der vorliegenden Substichprobe gem. § 63 StGB und der Stichprobe einer bundesweiten Stichtagserhebung von Patienten gem. § 63 StGB in forensisch-psychiatrischer Nachsorge

Merkmal	Vorliegende Stichprobe (N = 155)	Bundesweite Erhebung (N = 342)	Test- statistik	p-Wert
Anteil weiblich	7.7 %	10 %	$z = -0.856$	$p = .39$
Alter [Jahre] ^a	42.9 (9.9)	43.7 (5.4)	$t_{(495)} = -0.944$	$p = .35$
Dauer vorheriger Unterbringung [Monate] ^a	69.1 (40.7)	78.0 (65.0)	$t_{(495)} = -1.854$	$p = .06$
Anteil Personen mit Diagnose ICD-10: F2x ^b	58.1 %	54 %	$z = 1.379$	$p = .17$
Anteil Personen mit Diagnose ICD-10: F6x ^b	20.0 %	23 %	$z = -0.762$	$p = .45$
Anteil Personen mit psych. Komorbiditäten ^b	65.2 %	64 %	$z = 0.260$	$p = .79$
Anteil Personen mit Tötungsdelikt ^c	13.5 %	15 %	$z = -0.447$	$p = .65$
Anteil Pers. mit Körperverletzungsdelikt ^c	34.8 %	26 %	$z = 1.95487$	$p = .051$
Anteil Personen mit Sexualdelikt ^c	7.7 %	19 %	$z = -3.749$	$p < .01$
Anteil Pers. mit schwerer Delinquenz ^c	56.0 %	60 %	$z = -.836$	$p = .40$

Anmerkungen. Bundesweite Erhebung aus Hahn, 2010; Hahn & Wörthmüller (2009). Signifikanztests zweiseitig, signifikante Ergebnisse sind durch Fettdruck hervorgehoben.

^a: Mittelwert, in Klammern: Standardabweichung.

^b: Diagnosen: F2x: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, F6x: Persönlichkeits- oder sexuelle Präferenzstörungen, „Komorbiditäten“: Personen mit zwei oder mehr psychiatrischen Diagnosen.

^c: Delinquenz bezogen auf schwersten Straftatbestand im Indexdelikt, „schwere Delinquenz“: Körperverletzung, Tötungsdelikte und Sexualstraftaten.

Da zu Patienten gem. § 64 StGB in ambulanter Nachsorge bisher keine Daten publiziert sind, wird für diese Patientengruppe ein Vergleich mit einer Katamnesestudie

u. a. zu Patienten gem. § 64 StGB gezogen, die zwischen 2001 und 2006 aus der Regensburger Klinik für Forensische Psychiatrie nach der stationären Maßregelunterbringung entlassen wurden (Bezzel, 2009a, 2010). Sofern relevante Daten für die entsprechende Teilstichprobe in der genannten Studie angegeben sind, wird hierbei mit Patienten verglichen, die nach vollständigem Durchlaufen der Maßregel gem. § 64 StGB bedingt entlassen wurden und bei denen eine mindestens einjährige Katamnesedauer vorhanden war (also ohne Patienten, deren Maßregelbehandlung wegen Aussichtslosigkeit vorzeitig abgebrochen wurde). In der hier untersuchten Stichprobe sind ebenfalls ausschließlich Patienten nach der bedingten Entlassung enthalten. Bei der befristeten Maßregel gem. § 64 StGB findet keine Entlassselektion durch (positive) Begutachtung wie in der Maßregel gem. § 63 StGB statt, spätestens nach Ablauf der Frist bzw. der Therapie werden alle Patienten entlassen. Zudem ist heute davon auszugehen, dass praktisch alle Maßregelvollzugspatienten bei der Entlassung die Weisung erhalten, sich im Rahmen der Führungsaufsicht durch eine forensisch-psychiatrische Ambulanz behandeln zu lassen (Butz et al., 2013; Freese & Schmidt-Quernheim, 2014; Mokros & Osterheider, 2010). Insofern ist eine grundlegende Ähnlichkeit bezüglich des juristischen und praktischen Rahmens der vorliegenden mit der verfolgten Katamneseuntersuchung von Bezzel (2009a; 2010) anzunehmen, wodurch ein Vergleich sinnvoll erscheint. Allerdings müssen für Teile des Vergleichs die gesamte Stichprobe (mit Therapieabbrechern) bzw. Teile aus der Gesamtstichprobe herangezogen werden, da für die nachverfolgte Katamneseuntersuchung nicht für alle Vergleichsvariablen Kennwerte bei Bezzel (2009a; 2010) angegeben sind. Die Substichproben im Rahmen des Vergleichs sind einzeln gekennzeichnet. Die Ergebnisse des Vergleichs zu den Patienten gem. § 64 StGB finden sich in Tabelle 2.6.

Tabelle 2.6

Vergleich zwischen der vorliegenden Substichprobe gem. § 64 StGB und Substichproben einer Katamneseuntersuchung von entlassenen Patienten gem. § 64 StGB

Merkmal	Vorliegende Stichprobe (N = 251)	Katamnese Teil- stichprobe	Test- statistik	p-Wert
Anteil weiblich ^a	8.0 %	9.6 %	$z = -0.524$	$p = .60$
Alter [Jahre] ^{a, d, g}	36.0 (8.7)	32.2 (8.6)	$t_{(385)} = 4.133$	$p < .01$

Fortsetzung

Fortsetzung Tab 2.6

Merkmal	Vorliegende Stichprobe (N = 251)	Katamnese Teil- stichprobe	Test- statistik	p-Wert
Dauer vorheriger Unter- bringung [Monate] ^{c, d}	27.5 (8.9)	20.8 (7.3)	$t_{(461)} = 8.898$	$p < .01$
Anteil Personen mit Diagnose ICD-10: F1x ^{b, e}	95.6 %	98.9 %	$z = - 2.433$	$p < .05$
Anteil Personen mit psych. Komorbiditäten ^{b, e}	43.8 %	44.9 %	$z = - 0.299$	$p = .76$
Anteil Personen mit Tötungsdelikt ^{a, f}	5.6 %	1.5 %	$z = 2.295$	$p < .05$
Anteil Personen mit Körperverletzungsdelikt ^{a, f}	19.9 %	18.5 %	$z = 0.335$	$p = .73$
Anteil Personen mit Sexualdelikt ^{a, f}	2.4 %	2.2 %	$z = 0.126$	$p = .90$
Anteil Personen mit BtMG-Verstoß ^{a, f}	45.0 %	47.4 %	$z = - 0.452$	$p = .65$
Anteil Personen mit schwerer Delinquenz ^{a, f}	27.9 %	22.2 %	$z = 1.252$	$p = .21$

Anmerkungen. Vergleichsstichproben aus Bezzel (2009a, 2010). Signifikanztests zweiseitig, signifikante Ergebnisse sind durch Fettdruck hervorgehoben.

^a: Teilstichprobe der $n = 136$ nach bedingter Entlassung katamnestisch nachverfolgten Patienten.

^b: Gesamtstichprobe inklusive Therapieabbrecher ($N = 662$).

^c: Substichprobe aller bedingt entlassenen Patienten ($n = 212$).

^d: Mittelwert, in Klammern: Standardabweichung.

^e: Diagnosen: F1x: Suchterkrankungen, „Komorbiditäten“: Personen mit zwei oder mehr psychiatrischen Diagnosen.

^f: Delinquenz bezogen auf schwersten Straftatbestand im Indexdelikt; „BtMG-Verstoß“: Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, „schwere Delinquenz“: Körperverletzung, Tötungsdelikte oder Sexualstraftaten.

^g: Altersangaben annäherungsweise berechnet aus den Häufigkeiten der angegebenen Altersstufen und deren Mittelwerten (da in der Vergleichsstudie keine Mittelwerte bzgl. Alter angegeben sind).

Im Vergleich der Stichproben gem. § 64 StGB zeigt sich zunächst, dass die hier untersuchte Stichprobe im Mittel etwas älter ist als die von Bezzel (2009a; 2010) berichtete nachverfolgte Katamnesestichprobe. Zudem zeigt sich eine etwas längere Unterbringungsdauer bei der hier dargelegten Stichprobe. Der Anteil der Patienten mit Suchtdiagnose als Hauptdiagnose ist in beiden Stichproben hoch, in der hiesigen Stichprobe geringfügig niedriger als in der Vergleichsstichprobe. Hinsichtlich der Indexdelikte zeigt sich in der hier untersuchten Stichprobe ausschließlich ein etwas höherer Anteil an Tötungsdelikten – bezogen auf die übrigen verglichenen Deliktgruppen ergeben sich keine Unterschiede. Zusammengefasst lässt sich konstatieren, dass sich zwar einige signifikante Unterschiede zwischen der dargelegten und den Vergleichs(teil)stichproben ergeben, diese in ihren Ausmaßen jedoch eher gering ausfallen.

3 ERGEBNISSE

3.1 Deliktische Rückfälligkeit und Wirksamkeit forensisch-psychiatrischer Nachsorge

3.1.1 Patienten gem. § 63 StGB

In der Gesamtstichprobe der $N = 155$ Patienten gem. § 63 StGB lagen im gemittelten Beobachtungszeitraum von $M = 50.1$ Monaten ($SD = 21.5$) bei 15 Patienten erneute Einträge im BZR vor, was einer Rückfallquote von 9.7 % entspricht. Es ergibt sich hierfür das folgende 95 %-Konfidenzintervall (KI): [5.2 %; 14.8 %]. In einem Fall wurde ein schweres Rückfalldelikt (Körperverletzung) berichtet (0.6 %). In der Substichprobe mit festem Beobachtungsintervall von 48 Monaten ($n = 86$) wurden sieben Probanden rückfällig, was einer Quote von 8.1 % entspricht (95 %- KI : [3.5 %; 15.1 %]). Hierbei wurde (weiterhin) in einem Fall ein schweres erneutes Delikt berichtet (1.2 %).

In der Vergleichsstichprobe von $N = 695$ Maßregelvollzugspatienten, die nach der Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug gem. § 63 StGB nicht systematisch nachbetreut und die über einen Zeitraum von jeweils genau 48 Monaten beobachtet worden waren (Jehle et al., 2003), ergab sich anhand neuer BZR-Einträge eine Rückfallquote von 18.5 % (95 %- KI : [15.5 %; 21.3 %]). Das heißt, die Vier-Jahres-Rückfallquote aus jener Studie war mehr als doppelt so hoch wie die Rückfallquote für den entsprechenden Zeitraum aus der aktuellen Studie.

Die Konfidenzintervalle der hier untersuchten Stichprobe überschneiden sich nicht mit dem Konfidenzintervall der früheren Stichprobe von Jehle et al. (2003), was auf einen signifikanten Unterschied der Rückfallquoten schließen lässt und zwar sowohl bei gemitteltem als auch für einen festen analogen Beobachtungszeitraum. Ferner fallen auch die ermittelten statistischen Kennwerte zu Unterschieden der beiden untersuchten (Teil-)Stichproben mit der früheren Kohorte signifikant aus. Für die Gesamtstichprobe (§ 63 StGB) mit gemittelter Beobachtungsdauer lautet der entsprechende Kennwert $z = -3.147$ ($p < .01$), für die Substichprobe mit festem Beobachtungszeitraum $z = -3.161$ ($p < .01$).

3.1.2 Patienten gem. § 64 StGB

In der Gesamtstichprobe der $N = 251$ Patienten gem. § 64 StGB (gemittelter Beobachtungszeitraum $M = 40.2$ Monate, $SD = 19.4$) wurden 63 Patienten (25.1 %) mit erneuten BZR-Einträgen auffällig (95 %-KI: [19.5 %; 31.1 %]). Hierbei wurden neun Fälle (3.6 %) schwerer erneuter Delinquenz (sämtlich Körperverletzungsdelikte) erfasst. In der Substichprobe mit festem Beobachtungszeitraum von 36 Monaten ($n = 144$) wurden 37 Patienten (entsprechend 25.7 %, 95 %-KI: [18.8 %; 33.3 %]) rückfällig. Die hierbei erfassten sechs Körperverletzungsdelikte entsprechen einer Quote von 4.2 % schwerer Rückfalldelinquenz.

In der herangezogenen Vergleichsstichprobe von $N = 1161$ Patienten gem. § 64 StGB, die nach der Entlassung aus der stationären Maßregel über 36 Monate nachverfolgt und hierbei nicht systematisch weiterbehandelt wurden (Jehle et al., 2010), wurden in 43.5 % der Fälle erneute BZR-Einträge erfasst (95 %-KI: [40.7 %; 46.5 %]).

Auch bei den beiden hier untersuchten Stichproben aus dem Bereich § 64 StGB ergaben sich keine Überschneidungen zwischen den 95 %-Konfidenzintervallen der Rückfallquoten mit dem 95 %-Konfidenzintervall der Rückfallquote einer früheren Stichprobe ohne systematische Nachsorge (Jehle et al., 2010). Die Unterschiede sind hiernach signifikant. Dies zeigt sich auch im Test anhand der berechneten z -Koeffizienten zur Überprüfung der Signifikanz der Unterschiede zwischen den hier vorliegenden mit der früheren Stichprobe. Für die Gesamtstichprobe (§ 64 StGB) mit gemitteltem Beobachtungszeitraum ergibt sich ein Kennwert von $z = -5.936$ ($p < .01$), für die Teilstichprobe mit festem Beobachtungsintervall von 36 Monaten $z = -4.539$ ($p < .01$).

3.2 Prognosefaktoren für deliktische Rückfälligkeit

3.2.1 Patienten gem. § 63 StGB

Ein Überblick über alle analysierten Variablen findet sich im Anhang C. Bei allen Variablen, die nicht zusätzlich in den Tabellen im Abschnitt 3.2 aufgeführt sind, ergaben die univariaten Einzelvergleiche zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten in einseitigen Tests keine signifikanten Unterschiede ($p > .05$).

3.2.1.1 Statische Prognosefaktoren

3.2.1.1.1 Univariate Analysen

Die signifikanten Einzelvergleiche ($p < .05$) zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten (§ 63 StGB) finden sich für alle statischen Variablen, bei denen die Vergleiche signifikante Unterschiede aufzeigten, in Tabelle 3.1. Die Variablen sind hierbei aufgeteilt nach den in der Fachliteratur bewährten Bereichen von Prognosefaktoren deliktischer Rückfälligkeit (vgl. Punkt 1.2.3.2.5, Tab. 1.7).

Folgende Ergebnisse gingen aus den univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 63 StGB hervor: Hinsichtlich *allgemeiner und soziodemografischer Daten* zeigte sich einzig bei der Wohnform ein signifikanter Unterschied: Patienten, die bei der Familie oder Angehörigen wohnten, wurden überzufällig häufig erneut strafrechtlich auffällig, während Patienten in betreuten Wohnheimen später unterdurchschnittlich oft erneute Delikte vorwiesen (beide Wohnformen mit geringer Effektstärke). Bezüglich der *Delinquenz* wurden Täter, bei denen wahnhafte Fehlverarbeitung im Rahmen des Anlassdeliktes eine Rolle spielte ebenso seltener rückfällig wie Täter, bei denen (sicher) keine Drogen involviert waren. Wiederholungstäter wurden auch später häufiger rückfällig als Täter ohne Wiederholungstat. Alle Vergleiche wiesen hierbei geringe Effektstärken auf. Bezogen auf die Vordelinquenz wiesen rückfällige Patienten eine höhere Vorstrafenbelastung auf (mittlere Effektgröße). In den Bereichen *institutionelle Anpassung* und *Krankheitsanamnese* (inkl. Behandlung) zeigte sich, dass Patienten, bei denen während der Unterbringung keinerlei bedrohliches oder tätliches Verhalten gegen Personal beobachtet wurde, überzufällig häufig rückfällig wurden. Höhere Raten von Rückfälligkeit zeigten sich zudem bei Patienten mit geringem Leidensdruck und Patienten mit primärer Suchtdiagnose, unterdurchschnittliche Rückfallraten bei Patienten mit hoher Änderungsbereitschaft und Erstdiagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (geringe Effektgrößen). Schließlich ging eine längere Unterbringungsdauer mit geringerer Rückfälligkeit einher, wobei sich ein mittlerer Effekt ergab. Im Bereich statischer Faktoren zur *Sozialisation* zeigten sich bei keiner der untersuchten Variablen signifikante Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten.

Tabelle 3.1

Statische Variablen (zum Zeitpunkt der Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Nachsorge) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 63 StGB

Merkmal	<i>K</i> (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		<i>k</i>	% / <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>k</i>	% / <i>M</i> (<i>SD</i>)		
ALLGEMEINE UND SOZIODEMOGRAFISCHE INFORMATIONEN							
Wohnen bei Familie/Partner/ Angehörigen	150	14	35.7 %	136	8.9 %	<i>F</i>	<i>V_F</i> = 0.25
Wohnen in betreuter Wohngemeinschaft	150	14	0.0 %	136	20.1 %	<i>F</i>	<i>V_F</i> = 0.15
DELINQUENZ (INDEXDELIKT UND VORDELINQUENZ)							
Motivation beim Anlassdelikt: wahnhafte Fehlverarbeitung	153	14	21.4 %	139	49.6 %	$\chi^2 = 4.06$	<i>V</i> = 0.16
Anlassdelikt = Wiederholungstat	150	14	78.6 %	136	47.1 %	$\chi^2 = 5.04$	<i>V</i> = .18
Keine illegalen Drogen beim Anlassdelikt involviert	154	14	42.9 %	140	79.3 %	<i>F</i> ^{**}	<i>V_F</i> = 0.25
Anzahl der Vorstrafen	142	14	6.8 (7.0)	128	4.1 (5.3)	<i>r_{pb}</i> = +.15	<i>d'</i> = 0.50

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.1

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
FRÜHERE INSTITUTIONELLE ANPASSUNG UND KRANKHEITSANAMNESE							
Keinerlei Bedrohungen/ Tötlichkeiten gegen Personal	151	15	93.3 %	136	66.2 %	F	V _F = 0.18
Dauer der vorherigen Unterbringung (Monate)	141	15	52.1 (32.2)	126	71.1 (41.2)	r _{pb} = -.15	d' = 0.50
Geringer Leidensdruck	150	15	40.0 %	135	17.0 %	F	V _F = 0.17
Hohe Änderungsbereitschaft	152	15	6.7 %	137	29.2 %	F	V _F = 0.15
Hauptdiagnose ICD-10: F1	152	15	26.7 %	137	7.3 %	F	V _F = 0.20
Hauptdiagnose: ICD-10: F2	152	15	33.3 %	137	62.0 %	χ ² = 4.61	V = .17

Anmerkungen.

^a: kategoriale Daten: χ^2 - bzw. (falls kein Testwert angegeben) *F* = Fisher-Exakt-Test; metrische Variablen: r_{pb} ; alle *p*-Werte < .05; ** *p* < .01 (sig. einseitig).

^b: für kategoriale Daten *Cramers V* (V_F näherungsweise für Fisher-Exakt-Test); metrische Daten: adaptiertes *Cohen's d'* (Rice & Harris, 2005).

^c: Gesamtzahl aller in den jeweiligen Einzelvergleich einbezogenen Fälle (Schwankungen aufgrund fehlender Daten).

^d: Deliktisch rückfällige Patienten; *k* = Anzahl aller deliktisch rückfälligen Pat. die in den Einzelvergleich einbezogen wurden; % / *M* (SD): für kategoriale Variablen Anteil der *k* rückfälligen Patienten, bei denen die jeweilige Merkmalsausprägung zutreffend ist, für stetige Variablen: Mittelwert und Standardabweichung der *k* rückfälligen Patienten hinsichtlich des jeweiligen Merkmals.

^e: Patienten ohne bekannte deliktische Rückfälle; Kennwerte *k* sowie % / *M* (SD) analog zu ^d.

Hinsichtlich der univariaten Analysen der angewandten Skalen ergaben sich bei den Patienten gem. § 63 StGB keine signifikanten Zusammenhänge zwischen deliktischer Rückfälligkeit einerseits und HCR-20 ($K = 135$; $r_{pb} = .08$; $p = .17$; $M [k = 13 \text{ rückfällige Patienten}] = 15.9 [SD = 6.2]$; $M [k = 122 \text{ nicht rückfällige Probanden}] = 14.3 [SD = 6.0]$) sowie CGI ($K = 152$, $r_{pb} = -.13$; $p = .06$; $M [k = 15 \text{ rückfällige Pat.}] = 4.4 [SD = 0.6]$, $M [k = 137 \text{ nicht rückfällige Pat.}] = 4.7 [SD = 1.1]$) andererseits. Die signifikante Korrelation zum GAF ($K = 150$; $r_{pb} = .14$; $p < .05$) mit mittlerer Effektgröße ($d' = 0.46$) zeigt an, dass rückfällige Probanden ($k = 15$, $M = 59.9 [SD = 13.0]$) bei Aufnahme in die Ambulanz über ein signifikant höheres globales Funktionsniveau verfügten als nicht rückfällige Patienten ($k = 135$, $M = 54.0 [SD = 13.0]$).

3.2.1.1.2 Multivariates Modell

Bei den Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten ergaben sich für alle einzelnen Cox-Regressionsmodelle (also für alle 20 Imputationsschritte wie auch für die Originaldaten) hochsignifikante Werte ($p < .01$). Die Ergebnisse der Cox-Regression zum Einfluss der signifikanten Variablen aus den univariaten Einzelvergleichen (mit ersetzten fehlenden Werten) auf die abhängige Variable „deliktische Rückfälligkeit“ unter Berücksichtigung der „*time at risk*“ als Zeitvariable sind Tabelle 3.2 zu entnehmen. Die Ergebnisse beziehen sich hierbei auf die gemittelten Daten aus der zuvor vorgenommenen multiplen Imputation zur Ersetzung fehlender Datenwerte.

Im multivariaten Cox-Regressionsmodell der zuvor durch signifikante Ergebnisse in univariaten Analysen ausgewählten Variablen zeigen sich für drei statische Variablen signifikante Einflüsse ($p < .05$): Demnach wird durch das (1) Nicht-Vorliegen einer Drogenintoxikation beim Anlassdelikt die Rückfallwahrscheinlichkeit reduziert, ferner zeigt sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für deliktische Rückfälle bei Patienten, die (2) während der stationären Unterbringung keinerlei Bedrohungen oder Tötlichkeiten gegenüber dem Personal zeigten. Zudem wiesen Patienten, die (3) bei der Familie/Partner(in) oder Angehörigen lebten, eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit auf.

Weiter zeigte sich ein tendenzieller Einfluss auf spätere Rückfälligkeit dergestalt, dass Patienten mit Suchtdiagnose als Erstdiagnose eher rückfällig wurden als Patienten mit anderen Erstdiagnosen ($p < .10$).

Tabelle 3.2

Ergebnisse der Cox-Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger statischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) unter Berücksichtigung der individuellen „time at risk“ für Patienten gem. § 63 StGB

Merkmal	Koeff. <i>B</i>	Standard- fehler (<i>B</i>)	Signifi- kanz (<i>p</i>)^a	Exp (<i>B</i>)^b	95 %-KI [Exp(<i>B</i>)]^c
Motiv wahnhafte Verarbeitung (Anlasstat)	0.17	0.93	.85	1.19	[0.19; 7.29]
Wiederholungstat (Anlasstat)	0.90	0.79	.25	2.47	[0.53; 11.48]
Keine Drogenintoxi- kation (Anlasstat)	- 1.31	0.59	< .05	0.27	[0.09; 0.85]
Leidensdruck gering (MRV)	0.67	0.61	.27	1.95	[0.59; 6.41]
Änderungsbereitschaft hoch (MRV)	- 1.46	1.11	.19	0.23	[0.03; 2.03]
Keinerlei Bedrohun- gen/Tätlichkeiten ge- gen Personal (MRV)	2.18	1.11	<.05	8.80	[1.01; 76.87]
Hauptdiagnose F1	1.59	0.94	.09	4.90	[0.78; 30.93]
Hauptdiagnose F2	- 0.71	0.76	.35	0.49	[0.11; 2.18]
Wohnen: Familie/ Angehörige/ Partner	1.44	0.64	< .05	4.20	[1.19; 14.82]
Wohnen: betreute WG	- 7.57	247.40	.98	0.00	[0.00; 1.96E ²⁰⁷]
Dauer/MRV vorher	- 0.01	0.01	.63	0.99	[0.97; 1.02]
Anzahl Vorstrafen	- 0.06	0.05	.24	0.94	[0.86; 1.04]

Anmerkungen.

^a: *p*-Wert zur Signifikanz des Einflusses einer Variable auf das Modell. Signifikante Einflussvariablen sind durch Fettdruck hervorgehoben.

^b: Kennzahl zu Größe und Richtung des Einflusses der Ausprägungen einer Variablen: für dichotome Variablen $\text{Exp}(B) = \text{Odds Ratio}$ (Verhältnis der Rückfallwahrscheinlichkeiten beim Zutreffen der Ausprägung im Verhältnis zum Nicht-Zutreffen; $\text{Exp}(B) = 1.50$ würde bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit für „Rückfall“ beim Zutreffen der Variablenausprägung um 50 % steigt im Vergleich zum Nicht-Zutreffen.). Für stetige Variablen: Änderung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Erhöhung des Variablenwertes um eine Einheit.

^c: 95 %-Konfidenzintervall für $\text{Exp}(B)$.

3.2.1.2 Dynamische Prognosefaktoren

3.2.1.2.1 Univariate Analysen

Die signifikanten Einzelvergleiche ($p < .05$) zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten (§ 63 StGB) für alle dynamischen Variablen, bei denen die Vergleiche signifikante Unterschiede ergaben, finden sich in Tabelle 3.3.

Anhand der univariaten Einzelvergleiche dynamischer Variablen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 63 StGB zeigte sich erstens bezüglich des *aktuellen Umfelds*, dass Patienten, die bei Familie, Partner(in) oder Angehörigen wohnten, ein (von der Effektgröße her geringfügig) erhöhtes Risiko für Rückfälle hatten. Zudem zeigte sich bei rückfälligen Probanden eine signifikante höhere Rate von Fällen gesicherten Substanzmissbrauchs mit kleiner Effektstärke, was den Bereichen *institutioneller Anpassung* sowie *psychopathologischen Status* zuzuordnen ist. Schließlich ergab sich eine negative Korrelation zwischen der Zeit seit der bedingten Entlassung und Rückfälligkeit, was bedeutet, dass Patienten mit längerer rückfallfreier (Behandlungs-)Zeit nach der Entlassung ein immer geringeres Rückfallrisiko vorweisen. Hier ergab sich eine mittlere Effektstärke. Bei den Variablen zu *persönlichkeitsinhärenten Eigenschaften* sowie zur *Zukunftsperspektive* zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse.

Bezogen auf den aktuellen Status der letzten sechs Monate ergaben sich ferner keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Rückfälligkeit einerseits und den Skalen GAF ($K = 141$; $r_{pb} = .11$; $p = .11$; $M [k = 8 \text{ rückfällige Pat.}] = 63.5 [SD = 17.6]$, $M [k = 133 \text{ nicht rückfällige Pat.}] = 56.5 [SD = 15.2]$) und CGI ($K = 142$; $r_{pb} = -.09$; $p = .15$; $M [k = 10 \text{ rückfällige Pat.}] = 4.4 [SD = 0.8]$, $M [k = 132 \text{ nicht rückfällige Pat.}] = 4.7 [SD = 1.1]$).

Tabelle 3.3

Dynamische Variablen (bezogen auf die letzten sechs Monate) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 63 StGB

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
Wohnen bei Familie/Partner/ Angehörigen	139	10	40.0 %	129	7.8 %	F	V _F = 0.28
Sichere Fälle von Substanzmissbrauch	139	10	30.0 %	129	6.2 %	F	V _F = 0.23
„time at risk“ (rückfallfreie Zeit seit bedingter Entlassung)	150	10	33.9 (20.6)	140	49.6 (21.7)	r _{pb} = -.18	d' = 0.61

Anmerkungen.

^a: kategoriale Daten: *Fisher-Exakt-Test*; metrische Variablen: r_{pb}; alle p-Werte < .05 (sig. einseitig).

^b: für kategoriale Daten *Cramers V* (F näherungsweise für *Fisher-Exakt-Test*); metrische Daten: adaptiertes *Cohen's d'* (Rice & Harris, 2005).

^c: Gesamtzahl aller in den jeweiligen Einzelvergleich einbezogenen Fälle (Schwankungen aufgrund fehlender Daten).

^d: Deliktisch rückfällige Patienten; k = Anzahl aller deliktisch rückfälligen Pat. die in den Einzelvergleich einbezogen wurden; % / M (SD): für kategoriale Variablen Anteil der k rückfälligen Patienten, bei denen die jeweilige Merkmalsausprägung zutreffend ist, für stetige Variablen: Mittelwert und Standardabweichung der k rückfälligen Patienten hinsichtlich des jeweiligen Merkmals.

^e: Patienten ohne bekannte deliktische Rückfälle; Kennwerte k sowie % / M (SD) analog zu ^d.

3.2.1.2.2 Multivariates Modell

Bei den Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten ergaben sich für alle einzelnen Logistischen Regressionsmodelle (also für alle 20 Imputationsschritte wie auch für die Originaldaten) hochsignifikante Werte ($p < .01$). Bei den Hosmer-Lemeshow-Tests zeigten sich ausschließlich nicht signifikante p -Werte (für die Originaldaten $p = 0.17$; für die 20 einzelnen Imputationen: $X_{med}(p) = 0.18$, $M(p) = 0.20$, $Min(p) = 0.10$, $Max(p) = 0.49$), so dass von ausreichender Modellanpassung auf die Daten bei den gemittelten Daten auszugehen ist.

Die Ergebnisse der Logistischen Regression zum Einfluss der signifikanten Variablen aus den univariaten Einzelvergleichen (mit ersetzten fehlenden Werten) auf die abhängige Variable „deliktische Rückfälligkeit“ sind Tabelle 3.4 zu entnehmen. Die Ergebnisse beziehen sich hierbei auf die gemittelten Daten aus der zuvor vorgenommenen multiplen Imputation zur Ersetzung fehlender Datenwerte.

Tabelle 3.4

Ergebnisse der Logistischen Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger dynamischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) für Patienten gem. § 63 StGB

Merkmal	Koeff. <i>B</i>	Standard- fehler (<i>B</i>)	Signifi- kanz (p) ^a	Exp (<i>B</i>) ^b	95 %-KI [Exp(<i>B</i>)] ^c
Wohnen bei Eltern/ Familie/Angehörigen	2.84	1.00	< .01	17.07	[2.42; 120.38]
Substanzmissbrauch (sichere Fälle(	2.31	1.03	< .05	10.05	[1.33; 75.73]
„time at risk“ (rückfallfrei)	- 0.05	0.02	< .05	0.95	[0.91; 1.00]
Konstante	- 1.49	0.88	.09	0.23	[0.04; 1.27]

Anmerkungen.

^a: p -Wert zur Signifikanz des Einflusses einer Variable auf das Modell. Signifikante Einflussvariablen sind durch Fettdruck hervorgehoben.

^b: Kennzahl zu Größe und Richtung des Einflusses der Ausprägungen einer Variablen: für dichotome Variablen $Exp(B) = Odds\ Ratio$ (Verhältnis der Rückfallwahrscheinlichkeiten beim Zutreffen der Ausprägung im Verhältnis zum Nicht-Zutreffen; $Exp(B) = 1.50$ würde bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit für „Rückfall“ beim Zutreffen der Variablenausprägung um 50 % steigt im Vergleich zum Nicht-Zutreffen.). Für stetige Variablen: Änderung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Erhöhung des Variablenwertes um eine Einheit.

^c: 95 %-Konfidenzintervall für $Exp(B)$.

Im logistischen Regressionsmodell der zuvor durch signifikante Ergebnisse in univariaten Analysen ausgewählten dynamischen Variablen zeigen sich für alle drei vorher ausgewählte Variablen signifikante Einflüsse ($p < .05$). Die Richtungen der Zusammenhänge zu deliktischer Rückfälligkeit bilden sich hierbei ab wie bei den univariaten Vergleichen: (1) „Wohnen bei den Eltern“ sowie (2) „sichere Fälle von Substanzmissbrauch“ sind mit erhöhter Rückfallwahrscheinlichkeit assoziiert, eine (3) längere „*time at risk*“ geht mit einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit einher. Eine Modellkonstante bildet sich nicht signifikant, sondern lediglich in der Tendenz ($p = .09$) ab.

3.2.2 Patienten gem. § 64 StGB

3.2.2.1 Statische Prognosefaktoren

3.2.2.1.1 Univariate Analysen

Die signifikanten Einzelvergleiche ($p < .05$ in den einseitigen Tests) zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten (§ 64 StGB) finden sich für alle statischen Variablen, bei denen die Vergleiche signifikante Unterschiede aufzeigten, in Tabelle 3.5. Die Variablen sind hierbei aufgeteilt nach den in der Fachliteratur bewährten Bereichen von Prognosefaktoren deliktischer Rückfälligkeit (vgl. Punkt 1.2.3.2.5, Tab. 1.7).

Folgende Ergebnisse gingen aus den univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 64 StGB hervor: Hinsichtlich *allgemeiner und soziodemografischer Daten* zeigte sich ein etwas jüngeres Aufnahmealter bei rückfälligen Patienten mit geringer Effektstärke. Bezogen auf die *Sozialisation* zeigten sich bei rückfälligen Patienten höhere Raten von Verhaltensstörungen vor dem Alter von 15 Jahren und von Personen, die vor diesem Alter bei Verwandten aufgewachsen waren. Außerdem ergab sich ein höherer Anteil von Personen mit abgeschlossener Ausbildung unter den nicht rückfälligen Patienten (jeweils geringe Effektstärken). Zur *Delinquenz* ergaben sich bezogen auf das Anlassdelikt höhere Raten von Tötungsdelikten, geringere Raten von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) als schwerstem Tatbestand, ein höherer Anteil an Patienten mit dem juristischen Eingangskriterium der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ sowie höhere Quoten von Straftaten mit anonymen Opfern bei den rückfälligen Patienten. Zudem wiesen nicht rückfällige Probanden ein höheres Alter bei

der ersten juristischen Auffälligkeit und einen höheren Anteil an Patienten ohne Vorstrafen auf. Alle Effekte im Bereich *Delinquenz* fielen gering aus. Hinsichtlich der *institutionellen Anpassung* bei der vorangegangenen stationären Maßregelunterbringung bzw. der *Krankheitsanamnese* ergaben sich folgende Ergebnisse (mit sämtlich geringen Effektstärken): Später rückfällige Patienten wurden häufiger als mangelhaft compliant sowie mittelgradig fähig zu Introspektion und Selbstkritik eingeschätzt, der Anteil von Patienten mit einmaligem Opiatmissbrauch während der Unterbringung war signifikant höher. Zudem hatte ein höherer Anteil dieser Personengruppe bedrohliches Verhalten gegenüber dem Personal gezeigt. Anamnestisch ergab sich unter den Rückfälligen ferner ein höherer Anteil an Personen, deren Krankheitsbild als das Wiederauftreten eines vorbekannten Zustandes beurteilt wurde. Bei den nicht rückfälligen Probanden zeigten sich durchschnittlich höhere Unterbringungsauern, höhere Quoten von Patienten mit hoher Änderungsbereitschaft sowie hoher Offenheit und jeweils höhere Anteile von Patienten ohne Opiat- und Alkoholmissbrauch während der Unterbringung. Ihr Krankheitsbild wurde häufiger als chronisch lang fortbestehender Zustand beurteilt. Schließlich zeigten sich bei den nicht rückfälligen Probanden höhere Raten von Patienten ohne (bekannte) psychisch erkrankte Verwandte ersten Grades.

Hinsichtlich der univariaten Analysen der angewandten Skalen ergaben sich bei Patienten gem. § 64 StGB signifikante Zusammenhänge zwischen deliktischer Rückfälligkeit einerseits und HCR-20 ($K = 238$; $r_{pb} = .24$; $p < .01$; $M [k = 60 \text{ rückfällige Patienten}] = 14.9 [SD = 5.6]$; $M [k = 178 \text{ nicht rückfällige Probanden}] = 11.7 [SD = 5.6]$) sowie CGI ($K = 245$, $r_{pb} = .13$; $p < .05$; $M [k = 63 \text{ rückfällige Pat.}] = 4.1 [SD = 1.0]$, $M [k = 182 \text{ nicht rückfällige Pat.}] = 3.8 [SD = 1.0]$) andererseits. Hiernach wiesen rückfällige Patienten höhere Durchschnittswerte im HCR-20 (mit mittlerem Effekt: $d' = 0.58$) auf und wurden bei Aufnahme als signifikant kränker eingeschätzt (geringer Effekt: $d' = .30$) als nicht rückfällige Probanden. Die Korrelation zum GAF ($K = 244$; $r_{pb} = -.09$) wurde nicht signifikant ($p = .07$), wobei sich hier zumindest eine Tendenz zeigte, dass rückfällige Probanden ($k = 63$; $M = 64.8 [SD = 12.79]$) nach Auffassung der Beurteiler über ein etwas geringeres Funktionsniveau verfügten als nicht rückfällige Probanden ($k = 181$; $M = 67.4 [SD = 12.5]$).

Tabelle 3.5

Statische Variablen (zum Zeitpunkt der Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Nachsorge) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 64 StGB

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
ALLGEMEINE UND SOZIODEMOGRAFISCHE INFORMATIONEN							
Alter bei Aufnahme (Jahre)	255	63	34.3 (8.5)	188	36.6 (8.8)	$r_{pb} = -.11$	$d' = 0.26$
SOZIALISATION							
Verhaltensstörungen vor dem 15. Lebensjahr	245	62	32.3 %	183	19.1 %	$\chi^2 = 4.95$	$V = 0.14$
Aufgewachsen bei Verwandten bis zum 15. Lebensjahr	245	62	6.5 %	183	1.1 %	F	$V_F = .18$
Abgeschlossene Ausbildung/Lehre	247	62	35.5 %	185	49.2 %	$\chi^2 = 3.51$	$V = 0.12$

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.5

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
DELINQUENZ (ANLASSDELIKT UND VORDELINQUENZ)							
Eingangskriterium „schwere andere seelische Abartigkeit“ (Indexdelikt)	246	61	16.4 %	185	8.1 %	$\chi^2 = 3.45$	$V = .12$
Tötungsdelikt (schwerster Tatbestand Indexstat)	247	62	12.9 %	185	3.2 %	F	$V_F = .18$
BtMG-Verstoß (schwerster Tatbestand Indexstat)	247	62	30.6 %	185	50.8 %	$\chi^2 = 7.61^{**}$	$V = .18$
Anonymes Opfer (Anlasstat)	247	61	24.6 %	186	15.1 %	$\chi^2 = 2.91$	$V = .11$
Keine Vorstrafen	249	63	0.0 %	186	9.1 %	F^{**}	$V_F = .16$
Alter bei erster juristischer Auffälligkeit (Jahre)	244	62	19.6 (6.3)	186	21.8 (8.2)	$r_{pb} = -.12$	$d = .28$

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.5

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
FRÜHERE INSTITUTIONELLE ANPASSUNG UND KRANKHEITSANAMNESE							
Dauer der vorherigen MRV-Unterbringung (Monate)	225	52	25.5 (8.7)	173	28.1 (8.9)	$r_{pb} = -.12$	$d = .29$
Mangelnde Compliance	243	62	16.1 %	181	6.6 %	$\chi^2 = 5.06$	$V = .14$
Hohe Änderungsbereitschaft	250	62	22.6 %	188	34.0 %	$\chi^2 = 2.85$	$V = .11$
Mittlere Introspektion und Selbstkritik	250	62	59.7 %	188	47.3 %	$\chi^2 = 2.84$	$V = .11$
Hohe Offenheit	247	60	20.0 %	187	39.0 %	$\chi^2 = 7.24^{**}$	$V = .17$
Kein Opiatmissbrauch während der Unterbringung	248	61	75.4 %	187	88.8 %	$\chi^2 = 6.62^{**}$	$V = .16$
Einmaliger Opiatmissbrauch während der Unterbringung	248	61	8.2 %	187	1.6 %	F	$V_F = .16$

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.5

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
Kein Alkoholmissbrauch während der Unterbringung	247	59	74.6 %	188	86.2 %	$\chi^2 = 4.36$	$V = .13$
Bedrohliches Verhalten gegen Personal (MRV)	249	62	9.7 %	187	0.5 %	F^{**}	$V_F = .24$
Krankheit = Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	244	60	75.0 %	184	86.4 %	$\chi^2 = 4.30$	$V = .13$
Krankheit = Wiederauftreten eines vorbekannten Zustandes	244	60	11.7 %	184	3.8 %	F	$V_F = .15$
Keine psychisch erkrankten Verwandten ersten Grades	249	63	44.4 %	186	56.5 %	$\chi^2 = 2.73$	$V = .11$

Anmerkungen.

^a: kategoriale Daten: χ^2 - bzw. (falls kein Testwert angegeben) $F = \text{Fisher-Exakt-Test}$; metrische Variablen: r_{pb} ; alle p -Werte $< .05$; $** p < .01$ (sig. einseitig).

^b: für kategoriale Daten $Cramers V$ (V_F näherungsweise für $Fisher-Exakt-Test$); metrische Daten: adaptiertes $Cohen's d'$ (Rice & Harris, 2005).

^c: Gesamtzahl aller in den jeweiligen Einzelvergleich einbezogenen Fälle (Schwankungen aufgrund fehlender Daten).

^d: Deliktisch rückfällige Patienten; k = Anzahl aller deliktisch rückfälligen Pat. die in den Einzelvergleich einbezogen wurden; % / M (SD): für kategoriale Variablen Anteil der k rückfälligen Patienten, bei denen die jeweilige Merkmalsausprägung zutreffend ist, für stetige Variablen: Mittelwert und Standardabweichung der k rückfälligen Patienten hinsichtlich des jeweiligen Merkmals.

^e: Patienten ohne bekannte deliktische Rückfälle; Kennwerte k sowie % / M (SD) analog zu ^d.

3.2.2.1.2 Multivariates Modell

Bei den Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten ergaben sich für alle einzelnen Cox-Regressionsmodelle (also für alle 20 Imputationsschritte wie auch für die Originaldaten) hochsignifikante Werte ($p < .01$). Die Ergebnisse der Cox-Regression zum Einfluss der signifikanten Variablen aus den univariaten Einzelvergleichen (mit ersetzten fehlenden Werten) auf die abhängige Variable „deliktische Rückfälligkeit“ unter Berücksichtigung der „time at risk“ als Zeitvariable sind Tabelle 3.6 zu entnehmen. Die Ergebnisse beziehen sich hierbei auf die gemittelten Daten aus der zuvor vorgenommenen multiplen Imputation zur Ersetzung fehlender Daten.

Tabelle 3.6

Ergebnisse der Cox-Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger statischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) unter Berücksichtigung der individuellen „time at risk“ für Patienten gem. § 64 StGB

Merkmal	Koeff. <i>B</i>	Standard- fehler (<i>B</i>)	Signifi- kanz (<i>p</i>)^a	Exp (<i>B</i>)^b	95 %-KI [Exp(<i>B</i>)]^c
Alter bei Aufnahme ins Projekt	- 0.02	0.02	.43	0.98	[0.95; 1.02]
Aufgewachsen bei Verwandten vor 15	0.82	0.78	.30	2.27	[0.49; 10.61]
Verhaltensstörungen vor 15	0.18	0.35	.61	1.19	[0.61; 2.35]
Lehre/Ausbildung abgeschlossen	- 0.78	0.33	< .05	0.46	[0.24; 0.88]
„Schwere andere seeli- sche Abartigkeit“ (Index)	0.30	0.49	.54	1.35	[0.52; 3.52]
Tötungsdelikt (Index)	1.06	0.48	< .05	2.90	[1.13; 7.46]
BtMG-Verstoß (Index)	- 0.14	0.34	.69	0.87	[0.45; 1.69]
Anonymes Opfer (Index)	0.74	0.36	< .05	2.09	[1.03; 4.26]
Keine Vorstrafen	-12.99	293.42	.96	0.00	[0.00; 1.17E ¹²²]
Alter bei 1. juristischer Auffälligkeit	0.02	0.03	.42	1.03	[0.97; 1.09]
Dauer: MRV vorher	- 0.05	0.02	<.05	0.96	[0.92; 0.99]

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.6

Merkmal	Koeff. <i>B</i>	Standard- fehler (<i>B</i>)	Signifi- kanz (<i>p</i>)^a	Exp (<i>B</i>)^b	95 %-KI/ [Exp(<i>B</i>)]^c
Mangelnde Compliance (MRV)	0.17	0.46	.71	1.19	[0.48; 2.96]
Hohe Änderungs- bereitschaft (MRV)	0.22	0.41	.60	1.24	[0.55; 2.79]
Mittlere Introspektion/ Selbstkritik (MRV)	0.12	0.30	0.70	1.12	[0.63; 2.02]
Hohe Offenheit (MRV)	- 1.04	0.45	< .05	0.36	[0.15; 0.86]
Kein Opiatabusus (MRV)	- 0.59	0.56	.29	0.55	[0.19; 1.65]
Einmal Opiatabusus (MRV)	0.51	0.75	.50	1.66	[0.38; 7.22]
Kein Alkoholabusus (MRV)	- 0.25	0.44	.56	0.78	[0.33; 1.84]
Bedrohliches Verhalten gegen Personal (MRV)	0.46	0.70	.51	1.59	[0.40; 6.31]
Krankheit = Fortdauer eines vorbestehendes Zustandes	- 0.69	.53	.20	0.50	[0.18; 1.44]
Krankheit = Wiederauftreten eines früheren Zustandes	- 0.26	0.77	.74	0.65	[0.17; 3.59]
Keine psychisch erkrankten Verwandten ersten Grades	- 0.44	0.32	.17	0.65	[0.35; 1.21]

Anmerkungen.

^a: *p*-Wert zur Signifikanz des Einflusses einer Variable auf das Modell. Signifikante Einflussvariablen sind durch Fettdruck hervorgehoben.

^b: Kennzahl zu Größe und Richtung des Einflusses der Ausprägungen einer Variablen: für dichotome Variablen $\text{Exp}(B) = \text{Odds Ratio}$ (Verhältnis der Rückfallwahrscheinlichkeiten beim Zutreffen der Ausprägung im Verhältnis zum Nicht-Zutreffen; $\text{Exp}(B) = 1.50$ würde bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit für „Rückfall“ beim Zutreffen der Variablenausprägung um 50 % steigt im Vergleich zum Nicht-Zutreffen.). Für stetige Variablen: Änderung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Erhöhung des Variablenwertes um eine Einheit.

^c: 95 %-Konfidenzintervall für $\text{Exp}(B)$.

Im multivariaten Cox-Regressionsmodell der zuvor durch signifikante Ergebnisse in univariaten Analysen ausgewählten Variablen zeigen sich für folgende fünf statische Variablen signifikante Einflüsse ($p < .05$): Demnach ergab sich eine geringere Rückfallwahrscheinlichkeit für (1) Patienten mit abgeschlossener Ausbildung, ferner hingen – bezogen auf die Anlasstat – (2) Tötungsdelikte und (3) Taten gegen anonyme Opfer mit erhöhter späterer Rückfälligkeit zusammen. Je länger die (4) Behandlungsdauer im stationären Maßregelvollzug, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit für spätere Rückfälligkeit. Zuletzt ergaben sich geringere Rückfallquoten bei Patienten, die als (5) sehr offen während der Maßregelbehandlung eingeschätzt wurden.

3.2.2.2 Dynamische Prognosefaktoren

3.2.2.2.1 Univariate Analysen

Die signifikanten Einzelvergleiche ($p < .05$) zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten (§ 64 StGB) für alle dynamischen Variablen, bei denen die Vergleiche signifikante Unterschiede ergaben, finden sich in Tabelle 3.7. Die zugehörigen Variablen sind hierbei aufgeteilt nach den in der Fachliteratur bewährten Bereichen von Prognosefaktoren deliktischer Rückfälligkeit (vgl. Punkt 1.2.3.2.5, Tab. 1.7).

Anhand der univariaten Einzelvergleiche zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 64 StGB zeigten folgende Unterschiede: Hinsichtlich des *sozialen Umfelds* wurden bei rückfälligen Probanden häufiger 4-6 Personen, zu denen regelmäßig freundschaftlicher Kontakt bestand, beobachtet (keine Unterschiede bei den Variablen/Ausprägungen „keine Freunde“, „1-3 Personen“ oder „mehr als 6 Personen mit regelmäßigem Kontakt“). Ferner wurde das Umfeld bei rückfälligen Patienten häufiger als „bedenklich“ beurteilt, zudem wurden bei ihnen seltener sinnvolle Freizeitaktivitäten berichtet. Bezüglich aktueller *institutioneller Anpassung*, *psychopathologischem Status* und/oder *persönlichkeitsinhärenten Eigenschaften* ergaben sich weiter die folgenden Unterschiede: Rückfällige Probanden waren durchschnittlich seit kürzerer Zeit (erfolgreich) bedingt entlassen, bei ihnen zeigten sich mehr kritische Verhaltensweisen und Auffälligkeiten während der letzten sechs Monate der ambulanten Behandlung. Bei nicht rückfälligen Patienten bestanden häufiger keine Verdachtsmomente auf Substanzmissbrauch während der zurückliegenden Behandlung. Bezogen auf die Compliance wurden rückfällige Probanden häufiger schlecht und nicht rückfällige Patienten häufiger gut beurteilt (keine Unterschiede bei neutraler Beurteilung). Der psychopathologische Status wurde in den letzten sechs

Monaten bei nicht rückfälligen Patienten häufiger als stabil und bei rückfälligen Patienten eher als verschlechtert beurteilt (keine Unterschiede bei verbessertem Status). Schließlich ergaben sich folgende Unterschiede hinsichtlich der *Zukunftsperspektive*: Bei rückfälligen Patienten waren seltener realistische Zukunftspläne vorhanden oder bekannt. Zudem wurden für rückfällige Patienten die Chancen auf berufliche wie auch auf private Integration häufiger schlecht und für nicht rückfällige Patienten häufiger gut beurteilt (jeweils keine Unterschiede bei „mittelmäßiger Beurteilung der Chancen“).

Bezogen auf den aktuellen Status der letzten sechs Monate ergaben sich ferner für beide Skalen signifikante Korrelationen mit deliktischer Rückfälligkeit: Im GAF ($K = 187$; $r_{pb} = -.19$; $p < .01$; $M [k = 19 \text{ rückfällige Pat.}] = 61.2 [SD = 14.9]$, $M [k = 168 \text{ nicht rückfällige Pat.}] = 70.1 [SD = 13.8]$) zeigten sich höhere Werte (die für besseres Funktionsniveau stehen) bei nicht rückfälligen Patienten (geringer Effekt: $d' = -0.45$), im CGI ($K = 187$; $r_{pb} = .22$; $p < .01$; $M [k = 19 \text{ rückfällige Pat.}] = 4.4 [SD = 0.9]$, $M [k = 168 \text{ nicht rückfällige Pat.}] = 3.6 [SD = 1.0]$) ergaben sich höhere Werte (entsprechend stärkerer Krankheitsbelastung mit mittlerem Effekt: $d' = 0.53$) bei rückfälligen Patienten.

Tabelle 3.7

Dynamische Variablen (bezogen auf die letzten sechs Monate) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 64 StGB

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
SOZIALES UMFELD							
Kontakt zu 4-6 Freunden regelmäßig	196	21	33.3 %	175	15.4 %	F	V _F = 0.15
Soziales Umfeld bedenklich beurteilt	212	24	33.3 %	188	12.8 %	F	V _F = 0.18
Sinnvolle Freizeitaktivitäten vorhanden	212	24	54.2 %	188	72.9 %	χ ² = 3.60	V = 0.13
AKTUELLER INSTITUTIONELLE ANPASSUNG, PSYCHOPATHOLOGISCHER STATUS UND PERSÖNLICHKEITSINHÄRENTE EIGENSCHAFTEN							
Legalbewährte Zeit seit bedingter Entlassung	212	24	28.0 (15.8)	188	38.0 (17.3)	r _{pb} = -.18**	d' = 0.43
Gute Compliance	198	24	41.7 %	174	72.4 %	χ ² = 9.27**	V = .22
Schlechte Compliance	198	24	33.3 %	174	6.3 %	F**	V = .30
(jegliche) kritische Verhaltensweisen beobachtet	193	24	45.8 %	169	17.2 %	F**	V _F = 0.23
Kein Verdacht auf Substanzmissbrauch	198	24	54.2 %	174	73.6 %	χ ² = 3.87	V = .14
Psychopathologischer Status stabil	197	24	54.2 %	173	82.1 %	χ ² = 9.71**	V = .22
Psychopathologischer Status verschlechtert	197	24	41.7 %	173	10.4 %	F**	d' = 0.29

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.7

Merkmal	K (ges.) ^c	Rückfällig ^d		Nicht rückfällig ^e		Teststatistik ^a	Effektstärke ^b
		k	% / M (SD)	k	% / M (SD)		
ZUKUNFTSPERSPEKTIVE							
Subjektiv realistische Pläne vorhanden	198	23	34.8 %	175	75.4 %	$\chi^2 = 16.22^{**}$	V = .29
Externe Beurteilung: gute Chancen auf soziale Integration	197	23	39.1 %	174	64.9 %	$\chi^2 = 5.74^{**}$	V = .17
Externe Beurteilung: schlechte Chancen auf soziale Integration	197	23	39.1 %	174	7.5 %	F^{**}	V _F = 0.32
Externe Beurteilung: gute Chancen auf berufliche Integration	199	24	37.5 %	175	60.6 %	$\chi^2 = 4.61^{**}$	V = .15
Externe Beurteilung: schlechte Chancen auf berufliche Integration	199	24	33.3 %	175	15.4 %	F	V _F = 0.15

Anmerkungen.

^a: kategoriale Daten: χ^2 - bzw. (falls kein Testwert angegeben) $F = \text{Fisher-Exakt-Test}$; metrische Variablen: r_{pb} ; alle p -Werte $< .05$; $** p < .01$ (sig. einseitig).

^b: für kategoriale Daten $Cramers V$ (V_F näherungsweise für $Fisher-Exakt-Test$); metrische Daten: adaptiertes $Cohen's d'$ (Rice & Harris, 2005).

^c: Gesamtzahl aller in den jeweiligen Einzelvergleich einbezogenen Fälle (Schwankungen aufgrund fehlender Daten).

^d: Deliktisch rückfällige Patienten; k = Anzahl aller deliktisch rückfälligen Pat. die in den Einzelvergleich einbezogen wurden; % / M (SD): für kategoriale Variablen Anteil der k rückfälligen Patienten, bei denen die jeweilige Merkmalsausprägung zutreffend ist, für stetige Variablen: Mittelwert und Standardabweichung der k rückfälligen Patienten hinsichtlich des jeweiligen Merkmals.

^e: Patienten ohne bekannte deliktische Rückfälle; Kennwerte k sowie % / M (SD) analog zu ^d.

3.2.2.2 Multivariates Modell

Bei den Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten ergaben sich für alle einzelnen Logistischen Regressionsmodelle (also für alle 20 Imputationsschritte wie auch für die Originaldaten) hochsignifikante Werte ($p < .01$). Bei den Hosmer-Lemeshow-Tests ergeben sich p -Werte zwischen $Min(p) = .001$ und $Max(p) = .485$ (für die Originaldaten $p = 0.052$; für die 20 einzelnen Imputationen: $M(p) = 0.092$; $X_{med}(p) = 0.025$). Die verschiedenen p -Werte befinden sich also im Grenzbereich signifikanter Modellanpassung. Aufgrund des Mittelwerts der einbezogenen einzelnen p -Werte und des p -Wertes für die Originaldaten (jeweils nicht signifikant) ist jedoch von noch ausreichender Modellanpassung auf die Daten bei den gemittelten Daten auszugehen, so dass das logistische Regressionsmodell als interpretierbar anzusehen ist.

Die Ergebnisse der Logistischen Regression zum Einfluss der signifikanten dynamischen Variablen aus den univariaten Einzelvergleichen (mit ersetzten fehlenden Werten) auf die abhängige Variable „deliktische Rückfälligkeit“ für die Patienten gem. § 64 StGB sind Tabelle 3.8 zu entnehmen. Die Ergebnisse beziehen sich hierbei auf die gemittelten Daten aus der zuvor vorgenommenen multiplen Imputation zur Ersetzung fehlender Daten.

Tabelle 3.8

Ergebnisse der Logistischen Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger dynamischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) für Patienten gem. § 64 StGB

Merkmal	Koeff. B	Standard- fehler (B)	Signifi- kanz (p)^a	Exp (B)^b	95 %-KI [Exp(B)]^c
Kontakt zu 4-6 Freunden regelmäßig	1.55	0.69	< .05	4.73	[1.22; 18.33]
Soziales Umfeld bedenklich	- 0.48	1.00	.63	0.62	[0.09; 4.44]
Sinnvolle Freizeit- aktivitäten vorhanden	0.14	0.67	.84	1.15	[0.31; 4.31]
„time at risk“ (legalbewährt)	- 0.04	0.02	0.05	0.96	[0.92; 1.00]
Gute Compliance	- 0.94	0.80	.24	0.39	[0.08; 1.87]
Schlechte Compliance	0.16	1.21	.90	1.17	[0.11; 12.61]

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 3.8

Merkmal	Koeff. B	Standard- fehler (B)	Signifi- kanz (p)^a	Exp (B)^b	95 %-KI [Exp(B)]^c
Kritische/auffällige Verhaltensweisen gezeigt	1.01	1.00	.30	2.79	[0.40; 19.67]
Kein Verdacht auf Substanzmissbrauch	1.47	0.98	.13	4.36	[0.64; 29.78]
Psychopathologischer Status stabil	2.91	1975.15	> .99	18.26	[0.00; ∞[
Psychopathologischer Status verschlechtert	3.99	1975.15	> .99	54.10	[0.00; ∞[
Subjektiv realistische Pläne vorhanden	- 1.90	0.71	< .01	0.15	[0.04; 0.61]
gute Chancen auf soziale Integration	- .40	1.50	.79	0.67	[0.04; 12.89]
schlechte Chancen auf soziale Integration	9.50	4068.81	> .99	13315.25	[0.00; ∞[
gute Chancen auf berufliche Integration	0.71	1.50	.63	2.04	[0.11; 38.67]
schlechte Chancen auf berufliche Integration	- 8.99	4068.81	> .99	0.00	[0.00; ∞[
Konstante	- 4.21	1975.15	> .99	0.02	[0.00; ∞[

Anmerkungen.

^a: *p*-Wert zur Signifikanz des Einflusses einer Variable auf das Modell. Signifikante Einflussvariablen sind durch Fettdruck hervorgehoben.

^b: Kennzahl zu Größe und Richtung des Einflusses der Ausprägungen einer Variablen: für dichotome Variablen $\text{Exp}(B) = \text{Odds Ratio}$ (Verhältnis der Rückfallwahrscheinlichkeiten beim Zutreffen der Ausprägung im Verhältnis zum Nicht-Zutreffen; $\text{Exp}(B) = 1.50$ würde bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit für „Rückfall“ beim Zutreffen der Variablenausprägung um 50 % steigt im Vergleich zum Nicht-Zutreffen.). Für stetige Variablen: Änderung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Erhöhung des Variablenwertes um eine Einheit.

^c: 95 %-Konfidenzintervall für $\text{Exp}(B)$.

Im logistischen Regressionsmodell der zuvor durch signifikante Ergebnisse in univariaten Analysen ausgewählten dynamischen Variablen zeigen sich für drei der einbezogenen Variablen signifikante Einflüsse ($p < .05$): Konkret zeigen (1) Patienten

mit 4-6 Personen in regelmäßigem Kontakt erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeiten im Vergleich zu anderen Formen bzw. Anzahlen von Personen mit regelmäßigem Kontakt (keine, weniger oder mehr Personen). Weiter verringerte sich die Rückfallgefahr mit (2) ansteigender legalbewährter Zeit seit der bedingten Entlassung. Schließlich lässt sich vom (3) Vorhandensein realistischer subjektiver Zukunftspläne eines Patienten auf verringerte Rückfallgefahr schließen.

4 DISKUSSION

4.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

4.1.1 Deliktische Rückfälligkeit

Bei den 155 eingeschlossenen Maßregelvollzugspatienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) ergab sich eine deliktische Rückfallquote von 9.7 % über einen Beobachtungszeitraum von durchschnittlich 50.1 Monaten. Die Quote erneuter schwerer Delikte lag bei 0.6 % (konkret: ein Körperverletzungsdelikt). Für die 255 Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (§ 64 StGB) zeigte sich eine deliktische Rezidivquote von 25.1 % über einen mittleren Zeitraum von 40.2 Monaten. Hierbei lag die Quote schwerer Rückfalldelikte mit neun Körperverletzungsdelikten bei 3.6 %.

Im Vergleich zu früheren Rückfalldaten bei Stichproben mit vergleichbaren Beobachtungszeiträumen ergaben sich sowohl anhand der überschneidungsfreien 95 %-Konfidenzintervalle als auch anhand der ermittelten Teststatistiken signifikante Unterschiede zwischen den hier untersuchten Maßregelvollzugspatienten mit Nachsorge und den früheren Stichproben ohne systematische Nachsorge (§ 63 StGB nach Jehle et al., 2003: 18.5 %, § 64 StGB nach Jehle et al., 2010: 43.5 %). Dies war auch bei der Analyse fester Beobachtungsräume mit denselben Dauern wie in den früheren Studien der Fall. Somit kann davon ausgegangen werden, dass – abseits methodischer Limitationen (vgl. Punkt 4.3) – die Rückfallquoten von Maßregelvollzugspatienten durch Nachsorge nach der bedingten Entlassung signifikant und deutlich reduziert werden. Sowohl für psychiatrisch erkrankte Patienten gem. § 63 StGB als auch für abhängigkeitserkrankte Patienten gem. § 64 StGB ergaben sich mit Nachsorge in etwa bzw. knapp halb so hohe Rückfallquoten wie bei den entsprechenden früheren Stichproben ohne systematische Nachsorge.

4.1.2 Prognosefaktoren

4.1.2.1 Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB)

In den prospektiven Analysen zu statischen Prognosefaktoren bei Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB zeigte sich im multivariaten Modell erstens, dass Patienten, bei denen keine Drogenintoxikation beim Anlassdelikt vorlag, eine verringerte Rückfallwahrscheinlichkeit aufwiesen. Zweitens ergab sich überraschenderweise, dass Patienten, die während der stationären Maßregelunterbringung keinerlei Bedrohungen oder Tötlichkeiten gegenüber dem Personal zeigten, häufiger rückfällig wurden als Patienten mit verschiedenen kritischen Verhaltensweisen gegenüber dem Personal. Zudem wiesen drittens Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Ambulanz bei der Familie/Partner(in) oder Angehörigen lebten, eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit auf im Vergleich zu Patienten in anderen Wohnformen (betreutes Wohnen oder allein). Ferner war ein Trend dahingehend zu erkennen, dass Patienten mit Abhängigkeitsdiagnose als Erstdiagnose tendenziell häufiger rückfällig wurden als Patienten mit anderen Erstdiagnosen.

Während die Ergebnisse hinsichtlich (des Nicht-Vorliegens) von Substanzen bei der Anlasstat sowie der (privaten, nicht betreuten) Wohnform und des Trends bzgl. Suchtdiagnose hypothesenkonform ausfallen, geht der Zusammenhang zwischen nicht vorhandenen Bedrohungen oder Tötlichkeiten gegenüber dem Personal mit späterer Rückfälligkeit entgegen der hypothetisch angenommenen Richtung: Diesbezüglich unauffälligere Patienten wurden häufiger rückfällig. Als Erklärung für dieses Ergebnis kommen mögliche moderierende Variablen in Betracht. So ist z. B. denkbar, dass bei Patienten, die sich insgesamt mehr vom Personal und somit auch von der Behandlung zurückzogen, u. U. weniger häufig kritische Verhaltensweisen beobachtet wurden. Mit derartigem Rückzug könnte weiter jedoch auch eine schlechtere Erreichbarkeit durch die Behandlung einhergehen und damit weniger ausgeprägte Verhaltensänderung/Besserung, die schließlich im Zusammenhang mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit stehen könnte. In diesem Sinne kommen als mögliche Moderatorvariablen z. B. stark ausgeprägtes „*Impression management*“ im Sinne formal (über)angepassten Verhaltens gegenüber dem Personal in Betracht (vgl. Mills, Loza & Kroner, 2003) und hierbei auch hohe manipulative Fähigkeiten in Interaktion mit dem Personal, wie sie im Rahmen des *Psychopathy*-Konstrukts von Hare (2003; 2006) beschrieben wurden. Da derartige Variablen, die dieses unerwartete Ergebnis erklären könnten, in der

vorliegenden Studie jedoch nicht erfasst wurden, kann hierüber an dieser Stelle letztlich nur spekuliert werden.

Hinsichtlich der bei der Aufnahme in die Ambulanz erfassten Skalen ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen späterer deliktischer Rückfälligkeit und der Risikoprognose-Checkliste HCR-20 oder der Skala zur Einschätzung des Ausmaßes psychiatrischer Erkrankung CGI. Ein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen Rückfälligkeit und der Skala GAF dahingehend, dass ein insgesamt höheres Funktionsniveau mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit einherging. Dieses Ergebnis dürfte der Heterogenität der Stichprobe der Patienten aus dem Bereich § 63 StGB geschuldet sein. Insbesondere Patienten mit einer schizophreniformen Erkrankung dürften per se über ein geringeres Funktionsniveau verfügt haben als Patienten mit anderen psychischen Störungen wie z. B. Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Zumindest in den univariaten Vergleichen rückfälliger mit nicht rückfälligen Patienten ergab sich, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis seltener rückfällig wurden als Patienten mit anderen Erstdiagnosen, was durch bessere medikamentöse Behandelbarkeit bei Psychosen zu erklären sein dürfte. Insofern ergibt sich der statistisch positive Zusammenhang zwischen Funktionsniveau im GAF und Rückfälligkeit vermutlich auch aufgrund der diagnostisch heterogenen Stichprobe gem. § 63 StGB.

Bei der multivariaten Analyse der auf die letzten sechs Monate der Behandlung bezogenen dynamischen Variablen im Bereich § 63 StGB zeigte sich erstens (wie auch bei den statischen Variablen) eine erhöhte Rückfallgefährdung bei Patienten, die bei den Eltern, der Familie oder bei Angehörigen wohnten. Zweitens ging bestätigter Substanzmissbrauch während der ambulanten Behandlung mit erhöhter Rückfallwahrscheinlichkeit einher. Schließlich sank drittens die Rückfallwahrscheinlichkeit mit Ansteigen der Nachsorge-/Behandlungsdauer. Die Einflüsse aller drei dynamischer Risikovariablen im Bereich § 63 StGB waren hypothesenkonform. Zudem ergaben sich bei den Patienten gem. § 63 StGB keine signifikanten Zusammenhänge zwischen deliktischer Rückfälligkeit einerseits und den aktuellen Beurteilungen des Erkrankungsgrades bzw. des Funktionsniveaus anhand der Skalen CGI und GAF.

4.1.2.2 Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (§ 64 StGB)

Unter den statischen Variablen für die Patienten gem. § 64 StGB ergaben sich zunächst folgende hypothesenkonforme Zusammenhänge zu deliktischer Rückfälligkeit

im multivariaten Modell: Erstens erwies sich eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre als protektiv hinsichtlich erneuter Straftaten. Weiter wiesen bezogen auf das Anlassdelikt zweitens Patienten mit Straftaten gegen anonyme Opfer eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit auf. Drittens hing eine längere stationäre Behandlungsdauer mit geringerer Rückfallwahrscheinlichkeit zusammen. Viertens wurden Patienten, deren Offenheit im Maßregelvollzug als hoch eingeschätzt wurde, weniger häufig rückfällig als Patienten mit mittlerer oder geringer Offenheit. Entgegen der aus Studien mit psychiatrisch kranken Straftätern abgeleiteten Hypothese ergab sich fünftens, dass abhängigkeits Erkrankte Patienten (§ 64 StGB) mit Tötungsdelikten in der Anlassdelinquenz häufiger rückfällig wurden als Patienten mit anderen Delikten. Allerdings gehen aus der Literatur zum Zusammenhang zwischen Tötungsdelikten und deliktischen Rückfällen bei genauerer Betrachtung heterogene Ergebnisse hervor. Zwar zeigten sich in Studien zu allgemeiner und gewalttätiger Rückfälligkeit bei psychiatrisch gestörten Patienten im Allgemeinen statistisch negative Zusammenhänge zwischen Tötungsdelikten und Rückfälligkeit (Bonta et al., 1998; Harris et al., 1993; Rossegger et al., 2009). Bei Betrachtung der Untergruppe von Sexualstraftätern ergaben sich hingegen wiederholt statistisch positive Zusammenhänge zwischen Tötungsdelikten und späteren Rückfällen (Boer et al., 1997; Rossegger & Gerth et al., 2010). Hiernach ist denkbar, dass bei Straftätern, bei denen eine spezifische Problematik mit Tötungsdelikten in Verbindung steht – wie beispielsweise eine sexuelle Problematik oder, wie es die hier dargelegten Ergebnisse nahelegen, eine Abhängigkeitsproblematik – ein höheres Rückfallrisiko aufweisen, als dies bei Patienten ohne eine solche Kombination aus Tötungsdelikt und spezifischer Problematik der Fall ist.

Bei den zum Zeitpunkt der Aufnahme der ambulanten Nachsorge eingesetzten Skalen ergaben sich weiter signifikante Zusammenhänge zum HCR-20 (höhere Werte bei später rückfälligen Patienten) und CGI (rückfällige Patienten wurden als insgesamt kränker eingeschätzt). Zwischen GAF (globales Funktionsniveau) und Rückfälligkeit ergab sich kein Zusammenhang.

Hinsichtlich der dynamischen Risikofaktoren bei den Patienten gem. § 64 StGB (bezogen auf die vergangenen sechs Monate der ambulanten Behandlung) zeigten sich im multivariaten Modell signifikante Einflüsse auf deliktische Rückfälligkeit für folgende drei Variablen: Erstens wiesen Patienten, die zu 4 bis 6 Personen regelmäßig extrafamiliären Kontakt pflegten, eine erhöhte Rückfallgefahr auf. Zweitens reduzierte sich die Rückfallwahrscheinlichkeit mit steigender Dauer der ambulanten Nachsorgebehandlung und drittens wurden Patienten, die über realistische, subjektive Zukunftspläne verfügten, seltener rückfällig als Patienten ohne derartige

Zukunftspläne. Während die Zusammenhänge zu Behandlungsdauer und Zukunftsplänen hypothesenkonform sind, scheint das Ergebnis überraschend, dass Patienten mit vergleichsweise vielen freundschaftlichen Kontakten vermehrt rückfällig wurden. Die ursprüngliche Variable „regelmäßige soziale Kontakte“ enthielt folgende Kategorien: „keine Freunde“, „1 - 3 Freunde“, „4 - 6 Freunde“ und „mehr als 6 Freunde“. In die letztgenannte Kategorie fiel mit nur 4.2 % ein sehr geringer Anteil der Patienten gem. § 64 StGB, so dass sich hier kein signifikanter Einfluss ergab. Stark vereinfacht lässt sich somit u. U. jedoch annehmen, dass Patienten mit tendenziell mehr unterschiedlichen sozialen Kontakten („4 - 6 Freunde“) häufiger rückfällig wurden. Ursachen hierfür könnten sein, dass weniger Kontakte möglicherweise „intensiver“ sein könnten als mehrere, aber dafür oberflächlichere Kontakte. Demnach könnten sich die wenigen, jedoch intensiveren Kontakte aufgrund höher empfundener Nähe und stärkerem Vertrauen im Sinne einer besseren Bindungsqualität (vgl. Paolucci et al., 2000) eher protektiv auswirken als eine höhere Anzahl weniger enger Kontakte. Zudem geht aus den hiesigen Daten hervor, dass bei vorhandenen sozialen Kontakten mit steigender Anzahl der Kontakte das Umfeld eines Patienten tendenziell häufiger als „bedenklich“ durch die Therapeuten eingeschätzt wurde (in 11.6 % der Fälle mit 1 - 3 regelmäßigen Kontakten, in 17.6 % bei den Patienten mit 4 - 6 regelmäßigen Kontakten und in 44.4 % bei Patienten mit mehr als sechs regelmäßigen Kontakten). Hiernach könnten wachsende Zahlen von regelmäßigen Kontakten möglicherweise erhöhte Wahrscheinlichkeiten bedingen, z. B. mit Personen in kriminellem Milieu zu verkehren, wodurch die Wahrscheinlichkeit für eigene Rückfälle wiederum gesteigert würde. Über die genauen Gründe des Ergebnisses zu sozialen Kontakten und Rückfälligkeit kann an dieser Stelle jedoch nur spekuliert bzw. können auf qualitativer Basis lediglich Annahmen getätigt werden, die keinen Anspruch auf empirische Fundierung erheben.

Schließlich ergaben sich bezogen auf die letzten sechs Monate für beide erhobenen Skalen (CGI und GAF) signifikante Zusammenhänge mit deliktischer Rückfälligkeit. Hiernach wurden als kränker eingeschätzte Patienten häufiger rückfällig ebenso wie solche, deren globales Funktionsniveau (in der diagnostisch homogenen Gruppe) der Patienten gem. § 64 StGB als geringer eingeschätzt wurde.

4.2 Zusammenschau mit früheren Studien

4.2.1 Deliktische Rückfallquoten und Wirksamkeit forensisch-psychiatrischer Nachsorge

Wie in früheren Modellprojekten zu ambulanter Maßregelbehandlung aus dem Bundesgebiet (z. B. Butz et al., 2013, 2014; Reuber et al., 2005; Seifert et al., 2005; Seifert, Schiffer & Leygraf, 2003) zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung eine deutlich geringere deliktische Rückfallquote bei Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB in spezialisierter Nachsorge, als dies aus früheren Studien zu Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB) ohne systematische Nachsorge hervorging (vgl. z. B. Dimmek, 2014; Jehle et al., 2003; Jockusch & Keller, 2001; Seifert, 2010). Hiernach kann aufgrund der vergleichbaren Ergebnisse und der robusten Unterschiede mit bzw. zu früheren Studien angenommen werden, dass forensisch-psychiatrische Nachsorge einen wichtigen Beitrag leistet, erneute Straftaten aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug entlassener Patienten zu verhindern und so den Schutz der Allgemeinbevölkerung zu erhöhen. Ferner weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, die sich auf alle entsprechenden Einrichtungen in einem gesamten Bundesland nach flächendeckender Etablierung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen für alle bedingt entlassenen Maßregelvollzugspatienten bezieht, darauf hin, dass der rückfallprotektive Effekt forensisch-psychiatrischer Nachsorge sich nicht nur im Rahmen von Modellprojekten an einzelnen Kliniken und bei bestimmten vorausgewählten Patientengruppen zeigt, sondern auch bei umfassenderer Nachsorge im Bereich des Maßregelvollzugs gem. § 63 StGB.

Darüber hinaus werden in der hiesigen Untersuchung erstmalig Rückfallquoten für Maßregelvollzugspatienten mit Abhängigkeitserkrankungen (§ 64 StGB) in forensisch-psychiatrischer Nachsorge vorgelegt. Hierbei lässt der durchgeführte Vergleich zu Patienten (§ 64 StGB) ohne systematische Nachsorge nach der bedingten Entlassung (Jehle et al., 2010) darauf schließen, dass auch bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen deliktische Rückfälle durch spezialisierte Nachsorge verhindert und die Quoten erneuter Straftaten erheblich reduziert werden können. Auch in weiteren Untersuchungen zu entlassenen Maßregelvollzugspatienten gem. § 64 StGB ohne Nachsorge zeigten sich deutlich höhere Quoten erneuter Delikte, als dies in der hiesigen Studie der Fall ist (vgl. z. B. Gericke & Kallert, 2007; Jehle et al., 2003; Schallast et al., 2009). Demnach dürfte forensisch-psychiatrische Nachsorge auch bei

Patienten gem. § 64 StGB einen rückfallverringenden Effekt und somit eine Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung mit sich bringen.

Wie erwartet zeigen sich in der vorliegenden Studie zudem deutlich höhere Rückfallquoten im Bereich § 64 StGB als bei Patienten aus dem Bereich § 63 StGB. Dies ist auch bei Maßregelvollzugspatienten ohne Nachsorge der Fall, wie aus den o. g. Studien zu den beiden juristischen Bereichen hervorgeht.

Neben den o. g. Studien zu forensisch-psychiatrischer Nachsorge aus der Bundesrepublik zeigten sich auch in internationalen Untersuchungen kriminalpräventive Effekte von ambulanter Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. So geht bspw. aus unterschiedlichen US-amerikanischen Studien hervor, dass Gefängnisinsassen mit psychischen Störungen, die nach der Entlassung ambulant behandelt wurden, weniger häufig erneute Delikte begangen als Insassen ohne ambulante Nachbehandlung (Kesten et al., 2012; Morrissey et al., 2007). Auch in einer niederländischen Studie zeigte sich ein rückfallverringender Effekt ambulanter forensisch-psychiatrischer Behandlung (Troquete et al., 2013). In einer weiteren US-amerikanischen Studie zu schuldunfähigen entlassenen Rechtsbrechern und Sexualstraftätern mit psychischen Störungen ergab sich, dass die Rückfallgefahr mit ansteigender Dauer ambulanter Behandlung nach der Entlassung signifikant abnahm (Lee, 2003). Auch bei Straftätern mit Abhängigkeitserkrankungen zeigte sich in einer anderen US-amerikanischen Studie, dass Straftäter, die nach der Entlassung aus dem Gefängnis ambulant weiterbehandelt wurden, (zumindest kurzfristig) seltener erneute Straftaten begingen als Täter ohne ambulante Nachbehandlung (Brown et al., 2001). Zudem geht auch aus Überblicksarbeiten zur internationalen Literatur bzgl. ambulanter Kriminaltherapie hervor, dass Straftäter (mit sowie ohne psychische Störungen) in ambulanter (Nach-) Behandlung weniger häufig deliktisch rückfällig werden als Straftäter ohne ambulante Behandlung (Lau, 2003; Wiederanders et al., 1997). Darüber hinaus ergab sich in Längsschnittstudien aus dem US-amerikanischen Raum, dass (zunächst nicht straffällige) Patienten mit gravierenden psychischen Störungen, die sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden, weniger häufig gewalttätiges Verhalten zeigten und seltener inhaftiert wurden, als psychiatrisch erkrankte Patienten ohne ambulante Behandlung (Gilbert et al., 2010; Swanson et al., 2000; van Dorn et al., 2013). Insofern lassen die Ergebnisse der vorliegenden Studie auch in der Zusammenschau mit internationalen Untersuchungen annehmen, dass sich ambulante Nachsorge bzw. Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher allgemein straftatvermeidend auswirkt und somit hinsichtlich einer verbesserten Sicherheit der Bevölkerung ein effektives Werkzeug ist.

4.2.2 Prognosefaktoren bei Maßregelvollzugspatienten

4.2.2.1 Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB)

Hinsichtlich der in der internationalen Forschung belegten Bereiche von Risikofaktoren bei Straftätern (vgl. z. B. Bonta et al., 1998; Gendreau et al., 1996; Harrendorf, 2007; siehe auch Tab. 1.7) erwies sich im Bereich *allgemeiner und soziodemografischer Daten* lediglich die Wohnform bei Aufnahme in die Nachsorge (bei den Eltern/Angehörigen/Partner) als prognostisch relevant. Möglicherweise kann dieses Ergebnis (höhere Rückfälligkeit bei Patienten, die nicht in betreuten Wohnformen, aber auch nicht allein wohnten) in Übereinstimmung mit dem Item „parasitärer Lebensstil“ aus der Prognose-Checkliste PCL-R (Hare, 1991, 2003) gesehen werden insofern, als dass solche Patienten höhere Rückfallquoten aufweisen, die zwar fähig sind, ohne engmaschige Betreuung zu leben, es dennoch vorziehen, nicht allein für sich sorgen zu müssen. Weiter erlangten keinerlei Daten hinsichtlich der *Sozialisation* signifikante prognostische Aussagekraft. Dies steht prima vista in Diskrepanz zu vielen Studienergebnissen und Prognoseverfahren (Campbell et al., 2009; Rossegger et al., 2009; Webster et al., 1997; Yang et al., 2010), in denen biografische Items enthalten sind.

Ferner zeigte sich bezogen auf das *Anlassdelikt* einzig die Substanzintoxikation als prädiktiv für spätere deliktische Rückfälle. Dass Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen hohe Vorhersagekraft für erneute Delikte haben, zeigt sich als robuster Effekt anhand einer Vielzahl von Studien und Metaanalysen zu deliktischer Rückfälligkeit (siehe z. B. Bonta et al., 1996; Harrendorf, 2007; Philipse et al., 2006; Webster et al., 1997).

Hinsichtlich der früheren *institutionellen Anpassung* erwies sich das Ausbleiben von Auffälligkeiten gegenüber dem Personal als prädiktiv für spätere Rückfälligkeit, was analog bisher nicht in der Literatur berichtet wird.

In Übereinstimmung zum (positiven) Zusammenhang zwischen GAF-Skala bei Aufnahme und späterer Rückfälligkeit (ein besseres Funktionsniveau geht mit einer höheren Rückfallwahrscheinlichkeit einher) ergaben sich in einer oben genannten niederländischen Untersuchung (Philipse et al., 2006) bei Patienten nach der Entlassung aus forensisch-psychiatrischen Kliniken durchwegs statistisch negative Zusammenhänge zwischen Rückfälligkeit und (angenommenen) dynamischen Risikofaktoren. Hieraus folgerten Philipse et al. (2006), dass ein insgesamt höheres globales Funktionsniveau möglicherweise mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit

einhergehen könnte. Darüber hinaus zeigten sich keine Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit hinsichtlich der *Krankheitsanamnese* der Patienten.

Bei dynamischen Risikofaktoren zeigten sich (erneut) Zusammenhänge zwischen Rückfälligkeit und der uneigenständigen, nicht betreuten Wohnform (s. o.) im Bereich der *Sozialisation*. Ferner erwies sich auch hier anhaltender Substanzmissbrauch (zu *institutioneller Anpassung* bzw. *psychopathologischem Status*) als prädiktiv für deliktische Rückfälligkeit. Zudem ergab sich eine sinkende Rückfallwahrscheinlichkeit bei ansteigender Behandlungsdauer. In der genannten Metaanalyse von Bonta et al. (1996) ergaben sich im Überblick über die einbezogenen Studien unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich allgemeiner Hospitalisierungsdauer. Nach den hier dargelegten Ergebnissen scheint die Dauer ambulanter Behandlung jedoch positiv mit einer Reduktion von Rückfälligkeit zu korrelieren. Schließlich zeigten sich bei den Patienten gem. § 63 keine signifikanten Einflussfaktoren auf deliktische Rückfälligkeit in den Bereichen *persönlichkeitsinhärenter Eigenschaften* und *Zukunftsperspektive*.

Zu Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB gingen aus der o. g. „Essener prospektiven Prognosestudie“ (Seifert, 2007a, 2007b; Seifert & Möller-Mussavi, 2005) als statische Risikofaktoren Erziehungsschwierigkeiten sowie in der Tendenz ($p < .10$) die Anzahl an Vorstrafen und ein jüngeres Alter bei der ersten Straftat hervor. Zudem wurden hier (zusammengefasst) folgende dynamische Risikofaktoren gefunden: geringe Ängstlichkeit, hohes Suchtpotenzial und geringe Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem, geringe Arbeitskontinuität und hohe Arbeitsbelastungsfähigkeit, geringe Hospitalisierung, eine negative Teameinschätzung sowie die Erkennbarkeit von Motiven. Darüber hinaus ist aus derselben Arbeitsgruppe die bisher einzige Untersuchung zu Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB) in ambulanter Nachsorge bzw. Behandlung zu nennen (Schmidt-Quernheim, 2011; Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014), in der sich anhand univariater Vergleiche für folgende Variablen Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten ergaben: Vorverurteilungen, besondere Vorkommnisse während der stationäre Unterbringung, Substanzmissbrauch während der Nachsorge, Medikamenten-Compliance, feste Partnerschaft (als Risikofaktor), Umgang mit Geld, Freizeitbeschäftigungen, Stabilität des psychischen Befindens und stationäre Behandlungen während der Nachsorge.

In Übereinstimmung mit den oben genannten Studien sowie der internationalen Forschungstradition zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass Substanzmissbrauch als wichtiger prognostischer Faktor (auch bei Patienten in ambulanter Nachsorge) besteht, sowohl hinsichtlich einer Beteiligung beim Anlassdelikt als statischer Faktor, als auch dynamisch in Form anhaltenden Konsums während der Nachsorge. Für die Wohnform ergaben sich weder in der Untersuchung zu stationären

Maßregelpatienten (Seifert, 2007a) noch bei Patienten in ambulanter Nachsorge (Schmidt-Quernheim, 2011) signifikante Ergebnisse in den früheren Studien. Kritische Verhaltensweisen gegenüber dem Personal wurden in den früheren Studien nicht erfasst, ebenso wenig wird bei Schmidt-Quernheim (2011) eine Aussage zur ambulanten Behandlungsdauer als möglichem Risikofaktor getroffen.

Im Vergleich mit früheren Forschungsergebnissen zu Prognosefaktoren bei forensisch-psychiatrischen Patienten ergab sich in der vorliegenden Untersuchung eine eher geringe Anzahl relevanter Faktoren. Als Ursache hierfür ist anzunehmen, dass Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB, die sich in Nachsorge befinden, in aller Regel bereits vorbegutachtet wurden, und zwar mit dem Ergebnis, dass eine bedingte Entlassung aufgrund anzunehmend geringer Gefährlichkeit empfohlen wurde (vgl. Punkt 1.1.1.1.3). Dies bedeutet, dass Patienten, bei denen bekannte Risikofaktoren als kritisch beurteilt wurden, eher nicht entlassen wurden und somit keinen Eingang in die ambulante Behandlung fanden – insbesondere bei aktuell restriktiver Entlasspraxis auf Seiten von Gerichten und Gutachtern (Freese, 2010; Ryssok & Oprée, 2011; Leygraf, 2004; Mokros et al., 2008; Prüter-Schwarte, 2012; Schalast, 2012; Traub & Weithmann, 2008). Hierdurch findet im Rahmen der Entlassbegutachtung eine Vorselektion von prognostisch günstig beurteilten Patienten für die Nachsorge statt, bei denen die aus der Forschung (die sich in aller Regel auf Patienten vor einer Entlassung bezieht) bekannten Risikofaktoren *prima vista* unauffällig und eher homogen ausgeprägt sein dürften. Damit ergeben sich bei den Risikofaktoren der vorselektierten Stichprobe in Nachsorge weniger signifikante Einflüsse, verglichen mit unselektierten Stichproben vor der Entlassung. Im Zusammenhang mit dieser Erklärung lässt sich auch der Befund einordnen, dass sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Rückfallprognose-Skala HCR-20 bei Aufnahme in die Ambulanz und späterer Rückfälligkeit ergab, obwohl es sich dabei um eine gut validierte Skala zum Rückfallrisiko psychisch kranker Rechtsbrecher handelt. In Übereinstimmung hiermit kann ferner auch das Ergebnis einer niederländischen Studie (Troquete et al., 2013) gesehen werden. Hier zeigte sich bei forensisch-psychiatrischen Patienten in ambulanter Nachsorge zwar ein rückfallreduzierender Effekt von ambulanter Behandlung *per se*, der Einbezug eines Prognoseinstruments zur Kurzzeitvorhersage von Rückfällen in die Behandlungsplanung ergab jedoch keine weitere Verbesserung der Behandlungsergebnisse – möglicherweise, da auch hier eine Vorselektion von Patienten und Prognosefaktoren bereits durch die Aufnahme in ambulante Behandlung stattgefunden haben könnte. Ferner argumentieren Lindqvist und Skipworth (2000), dass herkömmliche Risikoprognose-Instrumente für die Rehabilitation forensischer Patienten nur eingeschränkt einsetzbar seien, v. a. da der

Fokus in den meisten Verfahren zu stark auf statischen Prognosefaktoren liege und viele dynamische Prognosefaktoren sowie Aspekte hinsichtlich des Behandlungssettings keine Berücksichtigung fänden, die für das Risiko-Management und damit Behandlungsplanung jedoch essentiell seien. Darüber hinaus ist zur einzigen Studie aus dem Bundesgebiet zu Prognosefaktoren bei Maßregelvollzugspatienten aus dem Bereich § 63 StGB in ambulanter Nachsorge (Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014) anzumerken, dass die (größere Anzahl) von prognostisch relevanten Variablen hier ausschließlich anhand von univariaten Vergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten ermittelt wurde und keine multivariaten Verfahren in die Analysen einbezogen wurden.

Umso bedeutsamer sind die hier dargelegten Ergebnisse insofern, als dass sich prognostisch relevante Merkmale nach der beschriebenen Selektion durch die bedingte Entlassung bei Patienten (§ 63 StGB) in Nachsorge ergaben. Es zeigt sich hierbei, dass eine Vielzahl von bekannten Prognosefaktoren für die Risikoeinschätzung von psychiatrisch erkrankten Patienten, die sich bereits in ambulanter Nachsorge befinden, an Relevanz verlieren (z. B. Faktoren mit Bezug auf die Sozialisation, s. o.) und eine geringere Anzahl von Merkmalen im Rahmen risikoprognostischer sowie auch behandlungsbezogener Überlegungen zu fokussieren sein dürfte: nach den dargelegten Ergebnissen zusammengefasst Substanzmittelprobleme, uneigenständiges und nicht betreutes Wohnen, unauffälliges (und möglicherweise überangepasstes) Verhalten gegenüber dem Personal während der stationären Unterbringung und ein insgesamt besseres Funktionsniveau (welches u. U. mit schwieriger Behandelbarkeit einhergehen könnte) bei Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug bzw. bei Aufnahme in die Ambulanz. Zusätzlich können die Ergebnisse als Hinweis darauf gedeutet werden, dass forensische Beurteilung im Rahmen der Entlassbegutachtung weitgehend fundiert, also unter Berücksichtigung der bekannten empirischen Prognosefaktoren von statten gehen dürfte und sich für viele der vorbekannten Prognosemerkmale somit keine signifikanten Einflüsse in der entlassenen Nachsorgestichprobe mehr ergeben.

4.2.2.2 Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (§ 64 StGB)

Da wie dargelegt für abhängigkeitserkrankte Straftäter nur wenige Studien über potenzielle Prognosefaktoren zur Vorhersage erneuter Straftaten bestehen, erfolgt die Einbettung in den Forschungskontext hier auch unter Bezugnahme auf Erkenntnisse

bei psychiatrisch erkrankten Patienten bzw. aus dem Bereich der Risikoprognose im Allgemeinen.

Hinsichtlich der aus der Forschung abgeleiteten Bereiche von statischen Risikofaktoren (vgl. Tab. 1.7) ergeben sich bei den abhängigkeiterkrankten keinerlei Einflüsse von *allgemeinen oder soziodemographischen Daten*. Bezogen auf die *Sozialisation* stellte sich eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre als rückfallprotektiv heraus. Während sich nach der Metaanalyse von Bonta et al. (1998) für das Bildungsniveau divergierende Zusammenhänge zu Rückfälligkeit zeigten, scheint sich nach den hiesigen Ergebnissen eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre bei abhängigkeiterkrankten Patienten in Nachsorge prognostisch günstig auszuwirken. Ein entsprechender Effekt ergab sich auch in einer US-amerikanischen Studie zu ambulanter Behandlung von Straftätern mit Substanzmittelproblematik während der Bewährungszeit (Young et al., 2004). Abseits des Bildungsniveaus ergaben sich keinerlei signifikante Einflüsse von Faktoren aus der *Sozialisation*, was so auch für Patienten im Bereich § 64 StGB in stationärer Behandlung zuvor berichtet wurde (Gericke & Kallert, 2007).

Im Bereich der *Delinquenz* ergab sich ein signifikanter Zusammenhang mit Tötungsdelikten im Bereich der Anlassdelinquenz. Während in der Literatur zu abhängigkeiterkrankten Straftätern bisher keine entsprechenden Zusammenhänge berichtet wurden, dürften sich wie oben dargelegt Tötungsdelikte bei psychiatrisch erkrankten Patienten im Allgemeinen eher protektiv hinsichtlich erneuter Delikte auswirken (Bonta et al., 1998; Rossegger et al., 2009). Die Kombination aus Abhängigkeiterkrankung und Tötungsdelikt dürfte nach den hier dargelegten Ergebnissen jedoch einen risikosteigernden Effekt haben. Ähnliches wurde auch für Sexualstraftäter mit Tötungsdelikten berichtet (Boer et al., 1997; Rossegger, & Gerth et al., 2010). Bezogen auf das Anlassdelikt zeigte sich zudem ein statistisch positiver Zusammenhang zwischen Taten zum Nachteil anonymer Opfer und späterer Rückfälligkeit. Zwar gehen aus der herangezogenen Forschung zu psychisch kranken und Patienten mit Suchtmittelproblematik allgemein keine Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Opferauswahl und Rückfälligkeit hervor, allerdings ist zumindest für den Bereich der Sexualdelinquenz zum Nachteil von Kindern bekannt, dass Täter mit Opfern, die nicht aus dem nahen Umfeld stammen, ein erhöhtes Rückfallrisiko aufweisen (Seto, Harris, Rice & Barbaree, 2004). Möglicherweise lässt sich nach den hiesigen Ergebnissen annehmen, dass für abhängigkeiterkrankte Straftäter hinsichtlich jeglicher Formen von Delinquenz ein entsprechender Zusammenhang zur Opferauswahl besteht und Täter, die willkürlich unbekannte Opfer auswählen, allgemein mit höherer Wahrscheinlichkeit rückfällig werden.

Ferner wurden als sehr offen eingeschätzte Patienten (im stationären Maßregelvollzug) seltener rückfällig als weniger offen beurteilte Patienten, was dem Bereich der *früheren institutionellen Anpassung* zuzuordnen ist. Hohe Offenheit dürfte im umgekehrten Zusammenhang stehen mit dem Merkmal „geringe Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem“, das sich in der „Essener prospektiven Prognosestudie“ zumindest für Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB als Prädiktor für erneute Delikte erwiesen hat (Seifert, 2007a, 2007b). Demzufolge ist das hier dargestellte Ergebnis zur Offenheit der Suchtpatienten möglicherweise als Hinweis aufzufassen, dass dieses Merkmal wie in der früheren Studie nicht nur für Patienten aus dem Bereich § 63 StGB, bei denen Suchtprobleme vorhanden sind, prognostisch relevant ist, sondern insbesondere auch für abhängigkeiterkrankte Patienten im Bereich § 64 StGB in Nachsorge.

Weiter zeigte sich hinsichtlich der *Krankheitsanamnese*, dass eine längere Dauer der Behandlung in der stationären Maßregel bei Suchtpatienten mit geringerer Rückfallwahrscheinlichkeit einherging, was sich bereits in einer früheren Studie zu Patienten gem. § 64 StGB im stationären Maßregelvollzug entsprechend ergeben hat (Gericke & Kallert, 2007). Anhand der Skala CGI zeigte sich, dass bei Aufnahme kränker beurteilte Patienten im Bereich § 64 StGB häufiger rückfällig wurden. Das Vorliegen von schwerer Erkrankung bzw. einer „gravierenden seelischen Störung“ ist bspw. auch im HCR-20 (Webster et al., 1997) als statischer Risikofaktor verankert. Schließlich ergab sich (im Gegensatz zu den Patienten gem. § 63 StGB) eine signifikante Korrelation zwischen Gefährlichkeitsbeurteilung der Patienten gem. § 64 StGB mittels HCR-20 bei Aufnahme und späterer Rückfälligkeit. Da bei Suchtpatienten (§ 64 StGB) die Maßregel zeitlich befristet ist (vgl. Fischer, 2014), entscheidet hier nicht die gutachterliche Beurteilung über bedingte Entlassung und Aufnahme in die Nachsorge, wie dies bei Patienten gem. § 63 StGB der Fall ist. Somit findet keine wie oben beschriebene Vorselektion von Patienten durch die Entlassbegutachtung statt. Damit dürfte die Gruppe der Patienten gem. § 64 StGB in Nachsorge heterogener sein in Bezug auf die individuell unterschiedliche Gefährlichkeit und die Ausprägungen der bekannten Risikofaktoren der Patienten, was sich im signifikanten Zusammenhang zwischen erneuter Delinquenz und Beurteilung mit dem HCR-20 (als bewährtes Instrument zur Erfassung bekannter Risikomerkmale) niederschlagen dürfte.

Bezogen auf die aus der Literatur bekannten Bereiche dynamischer Risikofaktoren zeigte sich bezüglich des *sozialen Umfelds*, dass Patienten gem. § 64 StGB mit eher größeren Anzahlen („4 - 6“) regelmäßiger freundschaftlicher Kontakte häufiger rückfällig wurden. Dies kann wie dargelegt u. U. im Zusammenhang mit geringerer Bindungsqualität der vorhandenen Kontakte als Risikofaktor angesehen werden (vgl.

Paolucci et al., 2000) und könnte ferner im Sinne von vermehrten destabilisierenden Einflüssen bei vielen oberflächlichen Kontakten gedeutet werden, wie diese bspw. im HCR-20 als Risikofaktor beschrieben sind (Webster et al., 1997). Ansonsten wurden Anzahlen freundschaftlicher oder extrafamiliärer Kontakte im Zusammenhang mit deliktischem Rückfallrisiko konkret bisher nicht in der Literatur berichtet.

Wie in verschiedenen Prognose-Instrumenten erfasst (z. B. (Hare, 1991, 2003; Webster et al., 1997) zeigte sich zur *Zukunftsperspektive* auch in der vorliegenden Studie bei Patienten gem. § 64 StGB, dass das Vorhandensein realistischer subjektiver Zukunftspläne sich rückfallreduzierend auswirkte.

Zur *institutionellen Anpassung* und (im weiteren Sinne) zum *psychopathologischen Status* erwies sich weiter eine längere ambulante Behandlungsdauer als rückfallrisikoverringend. Dies zeigte sich auch für die psychiatrisch erkrankten Patienten (§ 63 StGB) hier und in einer früheren Studie für abhängigkeiterkrankte Patienten im stationären Maßregelvollzug (Gericke & Kallert, 2007).

Schließlich zeigte sich (was ebenfalls dem Bereich des aktuellen *psychopathologischen Status* zuzuordnen ist) anhand der Skalen CGI und GAF, dass Patienten, die aktuell als kränker beurteilt wurden, häufiger rückfällig wurden ebenso wie Patienten, deren Funktionsniveau als niedriger eingestuft wurde. Auch Schmidt-Quernheim und Seifert (2014) haben die eingeschätzte psychopathologische Stabilität von Patienten zumindest für § 63 StGB-Patienten in Nachsorge als prognostisch relevant beschrieben. In der vorliegenden Studie ergaben sich für psychiatrisch erkrankte Patienten (§ 63 StGB) zwar keine entsprechenden Zusammenhänge bei aktueller Beurteilung, was möglicherweise durch die Heterogenität dieser Teilstichprobe zu erklären sein dürfte. Für die homogenere Gruppe der abhängigkeiterkrankten Patienten ist hiernach jedoch anzunehmen, dass instabilere Patienten häufiger rückfällig werden. Die Ausprägung aktueller Symptomatik wird auch in gängigen Prognoseinstrumenten wie dem HCR-20 (Webster et al., 1997) als relevanter dynamischer Risikofaktor bewertet. In Übereinstimmung hiermit erwies sich in der o. g. US-amerikanischen Studie (Young et al., 2004) bei Straftätern mit Suchtmittelproblematik in ambulanter Behandlung das Vorhandensein chronischer medizinischer Probleme als prognostisch ungünstig. Wie bei den Patienten gem. § 63 StGB zeigten sich vorliegend auch bei den Patienten gem. § 64 StGB keine signifikanten Risikofaktoren hinsichtlich *persönlichkeitsinhärenter Faktoren*.

Im Bereich der Risikoprognose konkret bei abhängigkeiterkrankten Straftätern ging aus der oben zitierten US-amerikanischen Studie (Young et al., 2004) zudem hervor, dass bei Straftätern mit Suchtproblematik männliches Geschlecht, berufliche Beschäftigung und zugehörige Probleme, Weisungsverstöße in der Vorgeschichte,

frühere Suchtbehandlungen sowie anhaltender Drogenhandel oder -konsum zur Vorhersage erneuter Straftaten herangezogen werden konnten. Zudem erwiesen sich in der genannten Prognosestudie bei Patienten gem. § 64 StGB im stationären Maßregelvollzug (Gericke & Kallert, 2007) neben der bereits genannten Behandlungsdauer die Vorstrafenbelastung, das Vorliegen besonderer Vorkommnisse während der Unterbringung und (entgegen der Hypothese) weniger Suchtmittelrückfälle als prognostisch relevant. Dass sich derartige Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung bei Patienten gem. § 64 StGB in Nachsorge nicht zeigten, kann u. U. erklärt werden durch Unterschiede zu den untersuchten Stichproben (Straftäter in der US-amerikanischen Studie, stationär untergebrachte Patienten in der deutschen Studie) oder auch durch unterschiedliche Behandlungen bzw. die verschiedenen Settings.

In jedem Fall gibt die vorliegende Studie als erste Untersuchung zu Risikofaktoren bei Maßregelvollzugspatienten gem. § 64 StGB in ambulanter Nachsorge erste Hinweise, welche statischen und dynamischen Faktoren bei der Risikoprognose und Behandlung dieser Klientel zu beachten sind. Zusammengefasst sind diese Risikofaktoren (mit statistisch positiven Zusammenhängen zu späterer Rückfälligkeit, sofern nicht als „protektiv“ gekennzeichnet) für Suchtpatienten in forensischer Nachsorge: eine abgeschlossene Ausbildung (protektiv), das Vorliegen von Tötungsdelikten oder Straftaten gegen anonyme Opfer, hohe Offenheit im Maßregelvollzug (protektiv), längere stationäre sowie ambulante Behandlungsdauer (protektiv), die Risikoeinschätzung mittels HCR-20 bei Aufnahme in die Ambulanz, ein stärkeres Ausmaß der Erkrankung zum selben Zeitpunkt (CGI) sowie bezogen auf die vergangenen sechs Monate der Behandlung das Vorliegen vieler extrafamiliärer Kontakte, realistische subjektive Zukunftspläne (protektiv) und ein geringeres globales Funktionsniveau (GAF) sowie ein stärkeres Ausmaß der aktuellen Symptomatik bzw. Erkrankung (CGI).

4.3 Limitationen und Kritik

Zu Einschränkungen der vorliegenden Studie ist zunächst zu nennen, dass es sich bei der Untersuchung der Rückfallquoten nicht um ein randomisiertes Kontrollgruppendesign handeln kann. Bereits zuvor haben verschiedene Autoren auf die ethisch und praktisch bedingte Unmöglichkeit verwiesen, bei der Untersuchung von Straftaten bzw. deliktischen Rückfällen durch Patienten mit psychiatrischen Störungen (Hodgins et al., 2007; Stübner & Nedopil, 2004) bzw. im Speziellen zur Wirksamkeit

forensisch-psychiatrischer Ambulanzen (Butz et al., 2013; Mokros & Osterheider, 2010; Schmidt-Quernheim, 2011; Steinböck et al., 2004; Stübner & Nedopil, 2010) parallelisierte Wartekontrollgruppen einzusetzen. In ethischer Hinsicht verbietet sich eine Wartekontrollgruppe, da wie dargestellt anzunehmen ist, dass Maßregelvollzugspatienten von Nachsorge profitieren und dadurch ihre Chancen auf soziale Integration und Besserung ihres psychiatrischen Leidens erheblich steigen. Aus wissenschaftlichen Gründen einem Teil der Patienten eine solche Behandlung vorzuenthalten, wäre ethisch nicht zu rechtfertigen (Steinböck et al., 2004). Zudem spricht in ethischer Hinsicht gegen randomisierte Kontrollgruppendesigns die Annahme, dass deliktische Rückfälle durch forensische Nachsorge verhindert werden können. Durch Kontrollgruppen ohne entsprechende Behandlung würde sich somit eine höhere Gefahr für die Allgemeinbevölkerung durch die entlassenen Patienten ergeben, was bereits per se, aber auch nicht zuletzt aufgrund zu erwartender öffentlicher Reaktionen bei erneuten Straftaten von Teilnehmern aus Kontrollgruppen, nicht umsetzbar ist (Mokros & Osterheider, 2010). Darüber hinaus hat sich forensisch-psychiatrische Nachsorge mittlerweile zu einer „conditio sine qua non“ (Mokros & Osterheider, 2010, S. 197) für Maßregelvollzugspatienten nach der bedingten Entlassung entwickelt: Praktisch alle Maßregelvollzugspatienten erhalten nach der bedingten Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug die gerichtliche Weisung, sich im Rahmen der Führungsaufsicht durch die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen behandeln zu lassen (Schmidt-Quernheim, 2005; Seifert et al., 2005). Dadurch wäre es auch aus praktischen Gründen kaum möglich, entlassene Maßregelvollzugspatienten ohne eine solche Weisung für mögliche Kontrollgruppen zu akquirieren. (Butz et al., 2013).

Aus den dargelegten Gründen ist es notwendig, für Vergleiche der deliktischen Rückfallquoten heutiger Patientengruppen (mit Nachsorge) frühere Studien mit Kohorten von bedingt entlassenen Maßregelvollzugspatienten ohne systematische Nachsorge heranzuziehen. Letztlich kann hierbei nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede in den Rückfallquoten bei den verglichen Stichproben nicht nur auf die Nachsorge der einbezogenen Patienten zurückzuführen sein könnten, sondern dass sich auch Kohorteneffekte z. B. durch veränderte Behandlungsmöglichkeiten im stationären Maßregelvollzug oder aber Effekte im Zusammenhang mit der seit Ende des letzten Jahren restriktiver gewordenen Entlassungspraxis auf Seiten von Gerichten und Gutachtern auf die Ergebnisse auswirken (Butz et al., 2013; Leygraf, 2004; Stübner & Nedopil, 2009). Allerdings ergaben sich bereits in früheren Untersuchungen robuste Effekte in den Unterschieden zwischen Studien bei Maßregelvollzugspatienten mit (Butz et al., 2014; Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014; Seifert et al., 2005) im

Vergleich zu Stichproben ohne (Jockusch & Keller, 2001; Leygraf, 1998; Seifert, 2010) systematische Nachsorge – insbesondere in Studien zum Bereich § 63 StGB. Auch in der dargelegten Arbeit ergeben sich deutliche, statistisch signifikante Unterschiede in den Rückfallquoten der untersuchten Teilstichproben (§§ 63, 64 StGB) im Vergleich zu den Daten von Patienten mit analogen juristischen Hintergründen, die über vergleichbare Beobachtungszeiträume ohne systematische Nachsorge nachverfolgt wurden (Jehle et al., 2003, 2010). Insofern kann auch trotz fehlender Kontrollgruppen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein rückfallprotektiver Einfluss forensischer Nachsorge bei bedingt entlassenen Maßregelvollzugspatienten angenommen werden.

Ein weiterer Kritikpunkt an der durchgeführten Untersuchung besteht in der Stichprobenauswahl. Ursprünglich war für die wissenschaftliche Begleitevaluation forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in Bayern eine Erfassung *aller* Maßregelvollzugspatienten vorgesehen, die im Freistaat durch die betreffenden Einrichtungen im Projektzeitraum behandelt wurden (siehe Butz et al., 2013, 2014). Dieses Vorhaben konnte jedoch nach Maßgabe des Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz nicht durchgeführt werden. Für die Teilnahme musste eine schriftliche Aufklärung und Einwilligung aller einbezogenen Patienten erfolgen. Zu den nicht einwilligenden Patienten durften keinerlei Daten erhoben werden. Auf Probleme hinsichtlich derart ausgewählter Stichproben wurde bereits mehrfach hingewiesen (z. B. durch Bezzel, 2009a; Hodgins et al., 2007). Insbesondere bei abhängigkeiterkrankten Patienten gem. § 64 StGB zeigten sich in der Forschung zudem wiederholt niedrige Quoten an Studienteilnahmen und hohe Quoten an Therapieabbrüchen (Bezzel, 2010, 2013; Gericke & Kallert, 2007; Schalast et al., 2013). Problematisch an Studien mit freiwilliger Teilnahme forensischer Patienten ist nach den Ausführungen der o. g. Autoren konkret, dass letztlich unklar bleibt, wie sich einwilligende von nicht einwilligenden Patienten möglicherweise unterscheiden (z. B. hinsichtlich Diagnosen, Vorstrafen oder anderer erklärender Variablen im Rahmen von Prognoseforschung, aber auch hinsichtlich der abhängigen Variable der deliktischen Rückfälligkeit). Demnach sind verzerrende Effekte durch selbstselektierte Stichproben nicht auszuschließen. Dennoch ist zur Frage der deliktischen Rückfälligkeit erstens auf die oben beschriebenen robusten Effekte aus diversen früheren Studien hinzuweisen, die in Übereinstimmungen zu den Ergebnissen aus der hiesigen Studie stehen. Weiter sind verzerrende Stichprobeneffekte Probleme im Bereich klinischer Forschung im Allgemeinen, die sich ethisch bzw. datenschutzrechtlich bedingt letztlich meist nicht lösen lassen – klinische Feldforschung muss das Vorhandensein eben dieser Schwierigkeiten und damit einen u. U. geringeren methodischen Standard hinnehmen als aus rein wissenschaftlicher Hinsicht wünschenswert wäre. Im forensischen Bereich

zeigt sich jedoch insbesondere hinsichtlich der Risikoprognose, dass die Anwendung von Verfahren, die ebenfalls auf selektierten Stichproben beruhend entwickelt wurden, robust zu deutlich überzufällig treffsicheren Ergebnissen führt (vgl. Punkt 1.2.3.2.3) – jeweils auch in anderen Stichproben als in der Entwicklungsstichprobe. Demnach ist davon auszugehen, dass Prognoseforschung abseits möglicher Stichprobenverzerrungen zu ausreichend validen Ergebnissen führt und somit auch anhand von selektiven Stichproben zu aussagekräftigen wissenschaftlichen Erkenntnissen und bedeutsamen praktischen Implikationen gelangt.

Schließlich ist als möglicherweise limitierender Faktor an der Studie die Verwendung von Bundeszentralregister-Auskünften als Maß für deliktische Rückfälligkeit zu nennen. Auf die Problematik mitunter langer Dauern zwischen Straftaten und der Aufnahme in das Bundeszentralregister wurde bereits unter Punkt 1.1.2.3.4 hingewiesen (vgl. auch Gericke & Kallert, 2007). Um Unterschätzungen der Rückfallquoten hierdurch zu vermeiden, wurden nur Patienten eingeschlossen, bei denen eine mindestens einjährige Phase seit der bedingten Entlassung vorlag (bezogen auf nicht rückfällige Patienten). Wie ebenfalls oben dargelegt, wird in der Literatur mitunter von fehlerhaften BZR-Auskünften berichtet (Gretenkord, 2001; Schmidt-Quernheim, 2011). In der vorliegenden Studie wurden bei sechs Patienten BZR-Auskünfte ohne Einträge übermittelt, die somit als fehlerhaft zu beurteilen sind. Diese sechs Patienten wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Hierbei handelt es sich jedoch um einen sehr geringen Prozentsatz gemessen an der Gesamtstichprobe (1.5 %).

Allerdings können mit BZR-Auskünften nur Delikte aus dem Hellfeld, also Straftaten, die justizbekannt werden, erfasst werden. Dunkelfeldtaten bleiben unerfasst (Hartl, 2010), wobei es sich hier – von wenigen Ausnahmen abgesehen (z. B. Beier et al., 2009; Beier, Konrad, Amelung, Scherner & Neutze, 2010) um ein Problem forensischer Forschung im Allgemeinen handelt. Forschung kann sich nur auf beobachtbare oder messbare Ereignisse beziehen, somit befassten sich z. B. auch die unter Punkt 1 aufgeführten Untersuchungen zu Rückfälligkeit und Prognosefaktoren mit Straftaten, die bekannt und somit im Hellfeld erfasst wurden. Die vorliegende Studie ist dementsprechend ebenfalls explizit als „Hellfeld-Untersuchung“ aufzufassen. Wie bereits dargelegt, beziehen sich die meisten Untersuchungen zu Deliktrückfällen auf offizielle Dokumente wie Strafakten oder in der Bundesrepublik größtenteils auf das Bundeszentralregister. Zur Frage, ob mit anderen Datenquellen validere Ergebnisse erzielt werden könnten, werden in einer Katamnesestudie bei entlassenen Maßregelvollzugspatienten Übereinstimmungen zwischen BZR-Auskünften und Angaben der Patienten hinsichtlich erneuter Delikte von 92.3 % - 94.2 % angegeben

(Hartl, 2010, 2012), ferner werden hier Übereinstimmungen zwischen BZR-Auskünften und Fremdanfragen (Bewährungshelfer u. a.) von 96.4 % für die Legalbewährung angeführt. Eine andere Studie zu Patienten gem. § 64 StGB weist darauf hin, dass sich bei Bezugnahme auf Fremdanfragen womöglich etwas höhere Quoten von deliktischen Rückfällen ergeben könnten als diese aus dem BZR hervorgehen (Schalast et al., 2009). Insgesamt ist jedoch von recht hohen Übereinstimmungen zwischen BZR-Auskünften und anderen Angaben auszugehen. Deshalb und da sich die meisten Studien zur Rückfälligkeit von Maßregelvollzugspatienten auf Angaben aus dem BZR beziehen (vgl. Punkt 1.1.2.3), erscheint eine Verwendung von BZR-Auskünften als Maß für deliktische Rückfälle sinnvoll und zweckmäßig – insbesondere vor dem Ziel hoher Vergleichbarkeit der hier berichteten Ergebnisse mit jenen aus anderen Studien.

4.4 Fazit und praktische Implikationen

Auch vor dem Hintergrund der dargestellten methodischen Einschränkungen gehen aus der beschriebenen Studie bedeutsame Erkenntnisse hervor. So zeigt sich, dass forensisch-psychiatrische Nachsorge für Maßregelvollzugspatienten einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung deliktischer Rückfälle und somit zur Gewährleistung der Sicherheit der Bevölkerung leistet. Wie aus der Arbeit hervorgeht, gilt dies erstens – über Modellprojekte hinausgehend – auch bei flächendeckend etablierter Nachsorge in einem gesamten Bundesland für psychiatrisch erkrankte Patienten aus dem Bereich § 63 StGB (deliktische Rückfallquote: 9.7 %). Zudem weisen die Ergebnisse zweitens erstmalig darauf hin, dass deliktische Rückfallquoten bei Maßregelvollzugspatienten auch bei abhängigkeiterkrankten Straftätern aus dem Bereich § 64 StGB durch systematische, spezialisierte Nachsorge erheblich reduziert werden können (Rückfallquote: 25.1 %). Hierzu standen bis dato wissenschaftliche Belege noch aus. Vergleiche mit früheren Studien bei bedingt entlassenen Maßregelvollzugspatienten ohne systematische Nachsorge ergaben für ähnliche Beobachtungszeiträume hochsignifikante (jeweils $p < .01$) und deutliche Unterschiede der Rückfallquoten für beide Teilstichproben (für Patienten gem. § 63 StGB vgl. Jehle et al., 2003: 18.5 %, für Patienten gem. § 64 StGB vgl. Jehle et al., 2010: 43.5 % rückfällige Patienten).

Es ist hierbei auf die im Vergleich zu früheren Modellprojekten aus dem Bereich § 63 StGB große Stichprobe von Patienten mit unterschiedlichen (u. a. diagnostischen, deliktbezogenen) Hintergründen in der hiesigen Arbeit positiv hinzuweisen. Zudem dürfte diese Teilstichprobe gem. § 63 StGB nach einem Vergleich mit einer Stichprobe von Maßregelvollzugspatienten in ambulanter Nachsorge aus dem Gesamt-

Bundesgebiet (Hahn, 2010; Hahn & Wörthmüller, 2009) als weitgehend repräsentativ anzusehen sein.

Ferner wurden Prognosefaktoren zur Vorhersage deliktischer Rückfälle für bedingt entlassene Maßregelvollzugspatienten in ambulanter Nachsorge nach der stationären Unterbringung erfasst. Als methodische Stärke der Untersuchung ist hier das prospektive Längsschnittdesign zu erwähnen, durch welches die Gefahr von Erinnerungs- und anderen Verzerrungen bei retrospektiven Studiendesigns vermieden wurde (vgl. Leygraf, 1998; Seifert, 2007a). Zudem wurden hier für Maßregelvollzugspatienten in Nachsorge gem. § 63 StGB erstmalig Prognosefaktoren im prospektiven Studiendesign unter Anwendung multivariater statistischer Verfahren erfasst. Für Maßregelvollzugspatienten in Nachsorge aus dem Bereich § 64 StGB stellt die Studie die insgesamt erste Analyse von Prognosefaktoren zur Vorhersage erneuter Delikte dar.

Für Maßregelvollzugspatienten aus dem Bereich § 63 StGB ergaben sich als signifikante statische Einflussfaktoren auf spätere Rückfälligkeit (gemessen bei Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug, d. h. bei Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Ambulanz) das Vorliegen von Drogenintoxikation beim Anlassdelikt, Abwesenheit jeglicher bedrohlicher Verhaltensweisen oder Tätlichkeiten gegen über dem Personal während der stationären Unterbringung sowie uneigenständiges Wohnen in nicht betreuter Wohnform. Zudem wurden Patienten, deren globales Funktionsniveau bei Aufnahme in die Nachsorgeambulanz besser eingeschätzt wurde, später häufiger deliktisch rückfällig. Hinsichtlich dynamischer Risikofaktoren (bezogen auf die vergangenen sechs Monate der ambulanten Nachsorgebehandlung) erwiesen sich ebenfalls Wohnen bei der Familie, der/dem Partner/in oder bei Angehörigen, anhaltender Substanzmissbrauch und eine kürzere Behandlungsdauer in der Nachsorge als prognostisch ungünstige Einflussfaktoren.

Bei den abhängigkeiterkrankten Patienten gem. § 64 StGB stellten sich als signifikante statische Einflussfaktoren auf spätere Rückfälligkeit folgende heraus: als prognostisch günstig eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre, hoch eingeschätzte Offenheit während der stationären Maßregelbehandlung und eine längere stationäre Behandlungsdauer sowie prognostisch ungünstig das Vorliegen von Tötungsdelikten und Straftaten gegen anonyme Opfer im Rahmen der Anlassdelinquenz. Zudem erreichten später rückfällige Patienten auf der Prognose-Checkliste HCR-20 (Webster et al., 1997) signifikant höhere Werte bei Aufnahme in die Ambulanz und wurden zu diesem Zeitpunkt insgesamt als kränker beurteilt als nicht rückfällige Patienten (anhand der Skala CGI; NIMH, 1970). Als signifikante dynamische Rückfallprädiktoren ergaben sich bei den Patienten gem. § 64 StGB prognostisch ungünstig das Vorliegen vieler

(„4 - 6“) regelmäßiger extrafamiliärer Kontakte sowie prognostisch gesehen günstig das Vorhandensein realistischer subjektiver Zukunftspläne und eine längere Dauer der ambulanten Nachsorge. Bezogen auf die letzten sechs Monate zeigte sich zudem, dass aktuell kränker eingeschätzte Patienten (CGI) und solche, deren globales Funktionsniveau anhand der Skala GAF (Endicott et al., 1998) als niedriger eingeschätzt wurde, im Bereich § 64 StGB häufiger rückfällig wurden.

Neben neuen und umfassenderen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Wirksamkeit forensisch-psychiatrischer Nachsorge und (in der vorliegenden Form) erstmaliger Erfassung von Prädiktoren deliktischer Rückfälligkeit bei Maßregelvollzugspatienten (§§ 63, 64 StGB) in Nachsorge ergeben sich aus der vorliegenden Arbeit auch bedeutsame praktische Implikationen. Zunächst erweist sich die flächendeckende Etablierung forensisch-psychiatrischer Nachsorge hiernach als sinnvolles Instrument, um die Allgemeinbevölkerung vor (weiteren) Delikten zu schützen. Es erscheint somit sinnvoll, den noch jungen Bereich forensisch-psychiatrischer Nachsorge auch politisch-fiskalisch weiter zu unterstützen und auszubauen.

Ferner gibt die Arbeit erste Anhaltspunkte, welche Kriterien bei gutachterlichen Aufgaben und auch gerichtlichen Entscheidungen bei Maßregelvollzugspatienten zu beachten sind, die sich in Nachsorge nach der stationären Unterbringung befinden (z. B. bzgl. stationärer Krisenintervention gem. § 67 h StGB oder zur Frage des Widerrufs der Aussetzung einer Maßregel zur Bewährung gem. § 67 g StGB, ferner bei Verdachtsmomenten oder gesicherten Fällen von erneuten Gesetzesverstößen). Bemerkenswerterweise zeigte sich diesbezüglich, dass v. a. bei Patienten gem. § 63 StGB eine deutlich geringere Anzahl prognostischer Merkmale relevant sein dürfte, als diese in den meisten gängigen Instrumenten zur Risikovorhersage aufgeführt und in der bisherigen Literatur genannt sind. Hierbei zeigten sich ferner auch einige inhaltliche Unterschiede zu Prognosefaktoren, die aus der bisherigen entsprechenden Forschung hervorgehen (vgl. z. B. Bonta et al., 1998, siehe auch Punkt 1.2.3.2). Dies dürfte Folge des Umstandes sein, dass die meisten Prognose-Instrumente an Stichproben stationär untergebrachter Straftäter entwickelt wurden und dass durch die Begutachtung, die Voraussetzung ist für eine bedingte Entlassung eines Maßregelvollzugspatienten gem. § 63 StGB und Aufnahme in die ambulante Nachsorgebehandlung, eine Art Vorselektion der ambulant behandelten Patienten und ihrer Risikoprofile stattfindet (vgl. Punkt 4.2.2.1). Für Patienten gem. § 64 StGB existieren bis dato nur sehr wenige Studien hinsichtlich Prognosefaktoren. Aus der vorliegenden Studie gehen erste Hinweise zu dieser Patientengruppe in ambulanter Nachsorge hervor.

Neben Implikationen zu gutachterlichen und juristischen Fragen können aus der Arbeit ferner therapeutische Schlüsse abgeleitet werden. Als Hintergrund hierzu lässt

sich das international in forensischen Behandlungssettings verbreitete „*RNR-Modell*“ (Andrews & Bonta, 2010) zur Behandlung forensischer Patienten heranziehen, dessen drei Prinzipien (aus denen sich das Kürzel zusammensetzt) im Folgenden vereinfacht skizziert werden: Nach dem „*RNR-Modell*“ ist bei der Behandlung forensischer Patienten erstens das „*Risk Principle*“ zu beachten, d. h. die Behandlung sollte sich an der individuellen Gefährlichkeit und damit (statischen) Risikofaktoren des zu Behandelnden ausrichten („Wer ist zu behandeln?“: vorrangige und intensivere Behandlung für gefährlichere Patienten). Zweitens soll sich die Behandlung inhaltlich nach dem „*Need Principle*“ an den kriminogenen Bedürfnissen und somit an den dynamischen Risikofaktoren des Patienten orientieren („Was ist zu behandeln?“). Drittens impliziert das „*Responsivity Principle*“, dass eine Behandlung auf die individuelle Ansprechbarkeit (etwa kognitive Fähigkeiten, Behandlungsmotivation oder den kulturellen Hintergrund) des Patienten abgestimmt bzw. angepasst sein sollte („Wie ist zu behandeln?“). Übertragen auf Maßregelvollzugpatienten in ambulanter Nachsorge können die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit erstens Aufschluss zur Frage des „*Risk Principles*“ aus dem „*RNR-Modell*“ von Andrews & Bonta (2010) geben. Durch Beobachtung und Beurteilung der (statischen) Merkmale, die sich als prognostisch relevant erwiesen haben, könnten Patienten in Nachsorge, die ein vergleichsweise hohes Rückfallrisiko aufweisen, frühzeitig identifiziert und somit einer engmaschigeren und intensiveren Behandlung zugeführt werden als Patienten, bei denen die erfassten (statischen) Risikofaktoren unauffällig oder prognostisch gesehen günstig ausgeprägt sind. Hiernach sollten konkret bei vorliegenden Informationen aus der stationären Unterbringung bereits bei Aufnahme in die ambulante Nachsorge Patienten aus dem Bereich § 63 StGB, bei denen eine Vorgeschichte von Substanzproblematik bekannt ist, Patienten die im Rahmen der Unterbringung eher „unauffällig“ im Kontakt mit dem Personal erschienen sowie solche, die zuletzt in uneigenständigen, nicht betreuten Wohnformen wohnten, von Anfang an intensivere Betreuung und Behandlung erhalten. Für die Patienten gem. § 64 StGB könnte eine individuelle Anpassung der Behandlungsintensität analog unter Einbezug der o. g. statischen Risikofaktoren für diese Patientengruppe aus der hiesigen Arbeit erfolgen. In Anlehnung an das „*Need Principle*“ aus dem „*RNR-Modell*“ (Andrews & Bonta, 2010) könnte ferner im Verlauf der Nachsorgebehandlung – bei regelmäßiger Beurteilung der erfassten dynamischen Risikokriterien – eine individuelle und an den kriminogenen Bedürfnissen bzw. dynamischen Risikomerkmale der einzelnen Patienten angepasste Behandlung erfolgen, durch die möglicherweise größere Behandlungserfolge hinsichtlich einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der Patienten, aber auch hinsichtlich einer weiteren Reduktion des individuellen Rückfallrisikos, erreicht

werden könnten. Für Patienten gem. § 64 StGB könnte dies konkret bedeuten, sich neben einer bestmöglichen medikamentösen Behandlung zur pharmakologischen Stabilisierung um Intensivierung vorhandener sozialer Kontakte, bspw. durch Trainings der Kommunikation und sozialen Kompetenz zu bemühen (vgl. Hautzinger, 2011), ebenso wie um Etablierung konkreter subjektiver Zukunftsperspektiven, bspw. durch intensive sozialarbeiterische Unterstützung. Zudem sollte durch Förderung der Behandlungs-Compliance auf eine möglichst lange Dauer der Begleitung und Behandlung (und möglicherweise Weiterbehandlung über die gerichtlich verfügte forensisch-psychiatrischen Nachsorge hinaus) hingewirkt werden. Für Patienten gem. § 63 StGB könnte analog eine besondere Beachtung der dynamischen Risikofaktoren, die sich für diese Patientengruppe ergeben haben (s. o.), nach dem „*Need Principle*“ erfolgen. Vor dem Hintergrund des „*Responsivity Principle*“ aus dem „*RNR-Modell*“ (Andrews & Bonta, 2010) scheint es schließlich sinnvoll, die Behandlung u. a. dem aktuellen psychopathologischen Zustandsbild der Patienten anzupassen und bspw. bei aktuell produktiver oder schwerer Symptomatik oder bei Krisen Maßnahmen wie medikamentöser Unterstützung oder Krisenintervention zu einer Stabilisierung der Patienten den Vorrang vor anderen Maßnahmen zu geben – auch da psychopathologischer Status und globales Funktionsniveau sich zumindest für die Patienten gem. § 64 StGB in der vorliegenden Untersuchung als signifikante dynamische Risikofaktoren herausstellten und eine Beachtung dieser Faktoren hiernach gleichermaßen mit den Zielen von therapeutischer Besserung und Risikoverringerung einhergehen dürfte.

4.5 Ausblick

Für umfassendere empirische Erkenntnisse im Bereich forensisch-psychiatrischer Nachsorge sollten sich weitere Forschungsbemühungen zunächst auf die Replikation der hier dargelegten Ergebnisse konzentrieren. Hierbei wären weitere Studien bei größeren Stichproben zur Überprüfung der erzielten Ergebnisse sinnvoll. Insbesondere gilt es, in weiterer Forschung die Hinweise auf eine mögliche Rückfallreduktion durch forensische Nachsorge bei Patienten gem. § 64 StGB zu belegen und die Wirksamkeit forensisch-psychiatrischer Nachsorge für beide Patientengruppen (§§ 63, 64 StGB) auch für andere Bundesländer flächendeckend oder Stichproben aus der gesamten Bundesrepublik zu untersuchen. Entsprechendes bietet sich auch für die aufgezeigten Prognosefaktoren bei nachbehandelten Maßregelvollzugspatienten an, um hier umfassendere empirische Erkenntnisse zu erlangen. Darüber hinaus erscheinen

weitere Untersuchungen insbesondere zu spezifischen Gruppen von forensischen Patienten in Nachsorge (z. B. Sexual- und Gewaltstraftäter) notwendig, um auf wissenschaftlicher Basis den möglicherweise speziellen Behandlungsbedürfnissen dieser Patientengruppen noch individueller und damit besser begegnen und somit vor allem schwere Gewalt-Rückfalldelikte noch effektiver verhindern zu können.

Im Rahmen des vorgestellten Evaluationsprojektes forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in Bayern ist eine weitere Erhebung von Auskünften aus dem Bundeszentralregister für 2017 geplant (siehe auch Butz et al., 2014). Im Rahmen dieser Erhebung sollten die hier vorgestellten Auswertungen und Analysen erneut durchgeführt werden, um der Frage nachzugehen, inwiefern die rückfallreduzierenden Effekte forensisch-psychiatrischer Nachsorge als nachhaltig und anhaltend angesehen werden können. Aus bisherigen Studien zu ambulanter forensischer Nachsorge (§ 63 StGB) gehen Beobachtungszeiträume von nicht mehr als 5 Jahren hervor (vgl. Punkt 1.1.2.3.1.1). Somit kann aktuell nicht auf empirischer Basis beurteilt werden, wie sich Rückfallquoten von Maßregelvollzugspatienten in Nachsorge über längere Zeiträume entwickeln. Durch die geplante Nacherhebung von BZR-Daten im Rahmen des beschriebenen Projekts könnte hierüber Aufschluss erlangt werden: für Patienten gem. § 63 StGB über einen durchschnittlichen Zeitraum von voraussichtlich ca. gut sieben Jahren, für Patienten gem. § 64 StGB über voraussichtlich durchschnittlich ca. sechseinhalb Jahre.

Ferner sind im Rahmen des genannten Evaluationsprojekts (vgl. Punkt 1.1.2.4.3) neben den hier vorgelegten Ergebnissen zur Wirksamkeit bezogen auf deliktische Rückfälligkeit (d. h. zur „Ergebnisqualität“) detaillierte Analysen zu sog. Merkmalen der „Struktur- und Prozessqualität“ forensisch-psychiatrischer Nachsorge vorgesehen (Butz et al., 2014, S. 73). Hierbei sollen u. a. Variablen zu logistischer Ausstattung, therapeutischen Vorgehensweisen und Methoden sowie weitere Aspekte der Behandlung (wie Kontaktfrequenzen zu den Patienten, Vernetzung mit anderen Einrichtungen und therapeutische Settings) für den noch jungen Bereich forensisch-psychiatrischer Nachsorge deskriptiv dargestellt werden. Zudem wären Untersuchungen interessant, inwiefern sich womöglich bestimmte Behandlungsparameter wie Kontaktfrequenzen, psychotherapeutische Vorgehensweisen, medikamentöse Behandlungsformen u. dgl. auf die Behandlungsergebnisse bzgl. deliktischer Rückfälligkeit auswirken. Neben patientenbezogenen Risikofaktoren, wie sie hier dargestellt werden, könnten somit weitere Bausteine möglichst rückfallpräventiv wirksamer und damit effektiver Nachsorgebehandlung bei Maßregelvollzugspatienten – nämlich auf Seiten der Behandlung – erfasst und dadurch eben diese Behandlung

weiter optimiert werden (vgl. auch Butz et al., 2013; Freese & Schmidt-Quernheim, 2014; Lindqvist & Skipworth, 2000).

Um das Bild möglichst effektiver forensischer Nachsorge weiter zu verdichten und hierbei auch den Aspekt der Rehabilitation und Bemühungen um verbesserte soziale Reintegration von Maßregelvollzugspatienten durch spezifische Nachsorge zu erfassen (vgl. Freese, 2010, siehe auch Punkt 1.1.2.1.3), wären zudem Studien zu eben diesen Aspekten erforderlich. Hier kämen beispielsweise Katamnesestudien in Form von Befragungen oder Datenerhebungen bei entlassenen Maßregelvollzugspatienten selbst im Verlauf der Nachsorge und darüber hinaus infrage, wie sie bereits ohne Fokus auf forensisch-psychiatrische Nachsorge vorhanden sind (Bezzel, 2009a; Hartl, 2012). Mögliche zu erhebende Variablen bzw. Aspekte könnten hierbei u. a. die subjektiv empfundene Lebensqualität, subjektiver Leidensdruck und Beeinträchtigung durch vorliegende Symptome, soziale Einbettung sowie psychologische Konstrukte wie Selbstwertgefühl oder psychopathologische Symptome wie Depressivität sein, ebenso wie das Erleben der ambulanten Nachsorgebehandlung auf Seiten der Patienten. Durch derartige Studien könnte dem therapeutischen Anliegen forensischer Nachsorge auch auf empirischer Basis Rechnung getragen werden.

Schließlich ist im Rahmen des beschriebenen bayerischen Evaluationsprojekts zu forensisch-psychiatrischer Nachsorge vorgesehen, der Frage möglicher finanzieller Einsparungen im Bereich Maßregelvollzug durch Nachsorge und damit einhergehende Verkürzung stationärer Unterbringungsdauern nachzugehen – vor allem da die Staatsausgaben im Bereich Maßregelvollzug in den vergangenen Jahren erheblich anstiegen (Butz et al., 2014). Wie beschrieben (vgl. Punkt 1.1.2.1.1), existieren hierzu bisher lediglich Gegenüberstellungen von Kosten stationärer Maßregelbehandlung im Vergleich zur deutlich günstigeren ambulanten Behandlung (Freese, 2003b; Müller-Isberner, 1996) sowie Schätzungen auf Basis nicht ausreichend fundierter Annahmen (Butz et al., 2013). Um sich der Frage möglicher Kosteneinsparungen differenzierter zu nähern, würden sich Analysen von Entwicklungen der finanziellen Ausgaben im Bereich Maßregelvollzug unter Berücksichtigung von Aufenthaltsdauern, Aufnahme- und Entlassungszahlen im stationären und ambulanten Bereich im Verlauf der letzten Jahre eignen. Zudem sollten im Sinne eines umfassenden Erkenntnisgewinns öffentliche Ausgaben in die Analysen einbezogen werden, die z. B. für Heimunterbringung von Maßregelvollzugspatienten in Nachsorge anfallen sowie auch Folgekosten bei Straftaten wie Prozesskosten, Behandlungskosten für Opfer und Täter etc. (Stübner & Nedopil, 2010).

Es ist zu hoffen, dass zeitnah weitere Untersuchungen zu den genannten Aspekten und Themenbereichen durchgeführt werden, da Forschungserkenntnisse die Basis

fundierter klinischer Praxis bilden sollten. Auf wissenschaftlicher Basis besteht die Möglichkeit, forensisch-psychiatrische Nachsorge durch frühzeitige und fortlaufende Optimierung möglichst effektiv zu gestalten und so ihren Zielen – Maßregelvollzugspatienten bei der Reintegration in ein Leben in Freiheit zu unterstützen, die Bevölkerung vor erneuten Straftaten zu schützen und hierbei finanzielle Mittel einzusparen – bestmöglich gerecht zu werden.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Untersuchung dient erstens dazu, die Effektivität forensisch-psychiatrischer Nachsorge hinsichtlich einer Reduktion deliktischer Rückfallquoten auf Seiten bedingt entlassener Maßregelvollzugspatienten zu untersuchen. Dies erfolgte hier für Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) erstmalig nach flächendeckender Etablierung forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in allen entsprechenden Einrichtungen eines gesamten Bundeslandes (Bayern). Für abhängigkeitserkrankte Patienten (§ 64 StGB) in ambulanter Nachsorge wurde deliktische Rückfälligkeit erstmalig in der Bundesrepublik untersucht. Zweitens wurden prospektiv anhand multivariater Modelle (auf Basis qualitativer Vorselektion und univariater Auswahl) Prognosefaktoren zur Vorhersage erneuter Straftaten bei den eingeschlossenen Patienten erfasst, was für Patienten gem. § 63 hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise und der zugrundeliegenden Stichprobe, für Patienten gem. § 64 StGB insgesamt die erste entsprechende Untersuchung im deutschsprachigen Raum darstellt.

Zu allen eingeschlossenen Patienten wurden im Zeitraum 2010 bis 2014 in halbjährlichen Abständen anhand von Fragebögen (Basis- und Verlaufsdaten) und anhand diverser Skalen (zu Risikoprognose, globalem Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung) durch die jeweiligen Bezugstherapeuten der Patienten in den behandelnden Ambulanzen Daten erhoben. Zudem wurden im Jahr 2014 Bundeszentralregister-Auskünfte zur Legalbewährung der eingeschlossenen Patienten erfasst. Die Gesamtstichprobe bestand aus 406 Patienten, darunter 155 Patienten gem. § 63 StGB und 255 Patienten im Bereich § 64 StGB.

Zur Frage der Legalbewährung bzw. deliktischen Rückfälligkeit ergab sich für die psychiatrisch erkrankten Patienten (§ 63 StGB) über einen mittleren Beobachtungszeitraum von 50.1 Monaten seit der bedingten Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug eine Rückfallquote von 9.7 % (0.6 % schwere Delikte im Rahmen der Rückfälle). Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen aus dem Bereich § 64 StGB zeigte sich über einen Beobachtungszeitraum von durchschnittlich 40.2 Monaten eine Quote erneuter Delikte von 25.1 % (3.6 % für schwere Rückfalldelinquenz). In Vergleichen zu früheren Studien bei Maßregelvollzugspatienten, die ohne anschließende systematische Nachsorge bedingt entlassen wurden (Jehle et al., 2003, 2010), ergaben sich (anhand der verglichenen 95 %-Konfidenzintervalle sowie anhand

der ermittelten statistischen Kennwerte) für beide Teilstichproben hochsignifikante Unterschiede bei den Rückfallquoten für vergleichbare Beobachtungszeiträume. Konkret ergaben sich bei untersuchten Patienten mit Nachsorge deutlich geringere Rückfallquoten als bei Patienten früherer Studien ohne systematische Nachsorge. Hieraus lässt sich der Schluss ableiten, dass durch forensisch-psychiatrische Nachsorge Rückfallquoten signifikant und in deutlichem Ausmaß (für beide Teilstichproben auf ca. bzw. knapp die Hälfte) reduziert werden können und der Schutz der Bevölkerung durch forensische Nachsorge somit erheblich verbessert werden kann.

Als Merkmale mit Vorhersagekraft für erneute Straftaten erwiesen sich bei den Patienten mit psychiatrischen Störungen (§ 63 StGB) folgende statische Variablen (zum Messzeitpunkt der Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Nachsorge) als signifikant: Mit erhöhter Rückfallwahrscheinlichkeit standen das Vorliegen einer Drogenintoxikation beim Anlassdelikt und Wohnen in uneigenständiger, jedoch nicht betreuter Wohnform in Zusammenhang. Ferner wurden Patienten ohne jegliche Bedrohungen oder tätlichen Verhaltensweisen gegenüber dem Personal des stationären Maßregelvollzugs häufiger deliktisch rückfällig. Darüber hinaus stand ein höheres allgemeines Funktionsniveau der Patienten bei Aufnahme in die Nachsorge im Zusammenhang mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit. Als signifikante dynamische Risikofaktoren mit Bezug auf die vergangenen sechs Monate der ambulanten Nachsorgebehandlung erwiesen sich bei den Patienten im Bereich § 63 StGB die folgenden (jeweils im Zusammenhang mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit): ebenfalls uneigenständiges, nicht betreutes Wohnen, anhaltender Substanzmissbrauch und eine kürzere ambulante Behandlungsdauer.

Bei den abhängigkeiterkrankten Patienten aus dem Bereich § 64 ergaben sich folgende signifikante statische Prognosefaktoren (erhoben zum Aufnahmezeitpunkt in die Nachsorge): Mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit gingen zuvor begangene Tötungsdelikte und Straftaten gegen anonyme Opfer einher, mit geringerer Rückfälligkeit hingen eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre, eine hohe Offenheit während des stationären Maßregelvollzugs und eine längere stationäre Behandlungsdauer im Maßregelvollzug zusammen. Darüber hinaus gingen zum Aufnahmezeitpunkt höhere Werte auf einem Instrument zur Risikoeinschätzung und ein höheres Ausmaß globaler Erkrankung (eingeschätzt auf einer Fremdbeurteilungsskala) mit höherer Wahrscheinlichkeit für spätere erneute Straftaten einher. Schließlich ergaben sich folgende dynamische Prognosefaktoren mit Bezug auf das letzte halbe Jahr der Nachsorgebehandlung bei den Patienten gem. § 64 StGB: Als prognostisch ungünstig erwies sich eine hohe Anzahl (konkret „vier bis sechs“) regelmäßiger

extrafamiliärer Kontakte, mit geringerer Rückfallwahrscheinlichkeit hingen realistische subjektive Zukunftspläne zusammen sowie eine längere Behandlungsdauer in der ambulanten Nachsorge. Zudem zeigte sich anhand der verwendeten Skalen, dass ein aktuell insgesamt niedrigeres globales Funktionsniveau und ein höheres Ausmaß an Erkrankung mit höherer Rückfallwahrscheinlichkeit einhergingen.

Aus den Ergebnissen zu Prognosefaktoren zur Vorhersage deliktischer Rückfälle bei Maßregelvollzugspatienten in ambulanter Nachsorge ergeben sich – neben dem über die bisherige Forschungslage hinausgehendem Erkenntnisgewinn – einige praktische Implikationen. Hiernach lassen sich aus den genannten Ergebnissen Schlüsse für gutachterliche Fragestellungen bei Maßregelvollzugspatienten in Nachsorge ziehen. Zudem lassen sich therapeutische Implikationen ableiten, z. B. welche Patientengruppen in welcher Intensität und mit welchen Zielsetzungen in Nachsorge behandelt werden sollten. Somit leistet die dargelegte Studie einen Beitrag, die Arbeit im noch jungen Feld forensisch-psychiatrischer Nachsorge auf Basis empirischer Erkenntnisse zu optimieren und im Sinne der Behandlung der Patienten und zum Schutz der Bevölkerung möglichst effektiv zu gestalten.

6 LITERATUR

Allison, P. D. (2002). *Missing Data*. Thousand Oaks: Sage.

Alm, C., Eriksson, A. C., Palmstierna, T., Kristiansson, M., Berman, A. H. & Gumpert, C. H. (2011). Treatment patterns among offenders with mental health problems and substance use problems. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38 (4), 497–509.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto: Multi-Healt-Systems.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Albany, N.Y.: Lexis Nexis/Anderson Pub.

Arloth, F. (Hrsg.). (2011). *Strafvollzugsgesetze. Textausgabe* (Dtv, 5523: Beck-Texte im dtv, Sonderausgabe, 20. Aufl., Stand: 1.1.2011). München: Deutscher Taschenbuch-Verlag; C. H. Beck.

Baird, C. S. (1981). Probation and parole classification: The Wisconsin Model. *Corrections Today*, 43, 36–41.

Beier, K. M., Konrad, A., Amelung, T., Scherner, G. & Neutze, J. (2010). Präventive Behandlung nicht justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung: Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 364–386). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A. et al. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*, 33 (8), 545–549.

Bayernkarte: Grenzen, Flüsse, wichtige Städte, Namen. d-maps.com (Karte zur freien Nutzung). Zugriff am 02.06.2015. Verfügbar unter http://d-maps.com/carte.php?num_car=15718&lang=de

Berger, K. (2010). *Erfassung von forensischen Patienten (§ 64 StGB) unter besonderer Berücksichtigung der Psychopathy Checklist nach Hare (PCL-R). Eine epidemiologische Untersuchung von nach § 64 StGB untergebrachten Patienten in einer Maßregelvollzugsklinik*. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Beß, K. (2010). Die Reform der Führungsaufsicht. In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 79–91). Bonn: Psychiatrie-Verl.

- Bezzel, A. (2009a). *Therapie im Maßregelvollzug - und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)*. Dissertation, Universität Regensburg. Zugriff am 28.5.2015. Verfügbar unter http://epub.uni-regensburg.de/12085/1/08_11_10_DISS_Adelheid_Bezzel.pdf
- Bezzel, A. (2009b). Therapieabbruch im Maßregelvollzug (§ 64 StGB) - Charakteristika und Prädiktoren. *Praxis der Rechtspsychologie*, 19, 146–153.
- Bezzel, A. (2010). Können Patienten aus dem Maßregelvollzug (§ 64 StGB) resozialisiert werden? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4 (4), 264–268.
- Bezzel, A. (2013). Der Blick in den Spiegel: Standardisierte Erhebung der Ergebnisqualität im bayerischen Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 31, 123–128.
- Bloom, J. D., Williams, M. H. & Bigelow, D. A. (1991). Monitored Conditional release of persons found not guilty by reason of insanity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 444–448.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Victoria, BC: Institute Against Family Violence.
- Boetticher, A. (2004). Rechtliche Rahmenbedingungen. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug: Konzepte und Erfahrungen* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 15–54). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Boetticher, A., Kröber, H.-L., Müller-Isberner, R., Böhm, K. M., Müller-Metz, R. & Wolf, T. (2007). Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1 (2), 90–100.
- Boetticher, A., Nedopil, N., Bosinski, H. & Saß, H. (2005). Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Der Nervenarzt*, 76 (9), 1154–1164.
- Bonta, J., Harman, W., Hann, R. G. & Cormier, R. B. (1996). The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale. *Canadian Journal of Criminology*, 38, 61–79.
- Bonta, J., Law, M. & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123 (2), 123–142.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Braamt, U., Anderl-Doliwa, B., Konetzka, D. & Koch, D. (2001). Forensische Patienten in der allgemeinen Psychiatrie - geht das? Bericht über die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe anlässlich der 15. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie. In M. Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2000 - 15. Eickelborner Fachtagung* (S. 92–96). Dortmund: PsychoGen Verlag.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., Farrell, E. V., Smith, N. P. & Nurco, D. N. (2001). Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 185–192.

- Butcher, J. N., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butz, M., Mokros, A. & Osterheider, M. (2013). Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. *Psychiatrische Praxis*, 40 (1), 36–42.
- Butz, M., Mokros, A. & Osterheider, M. (2014). Forensisch-psychiatrische Nachsorge in Bayern: Von Modellprojekten zur etablierten Institution. In N. Saimeh (Hrsg.), *Das Böse behandeln* (Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie, Bd. 1, 1. Aufl., S. 63–82). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Campbell, M. A., French, S. & Gendreau, P. (2009). The Prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (6), 567–590.
- Chanhatasilpa, C., MacKenzie, D. L. & Hickman, L. J. (2000). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders. A review and assessment of the research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 383–393.
- Cless, A. & Wulf, R. (2011). Forensische Ambulanzen in der Führungsaufsicht. Das Baden-Württembergische Netzwerk. *Recht & Psychiatrie*, 29, 132–139.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Roberts, C. et al. (2009). Gender differences in structured risk assessment: Comparing the accuracy of five instruments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (2), 337–348.
- Cox, D. R. (1972). Regression Models and Life Tables. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, 34, 187–220.
- Crome, A. (2006). Forensische Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. In N. Saimeh (Hrsg.), *Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung ; Forensik 2006* (1. Aufl., S. 66–79). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Cumming, G. (2009). Inference by eye: Reading the overlap of independent confidence intervals. *Statistics in Medicine*, 28, 205–220.
- Dahle, K.-P. (1997). Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 142–159). Bern: H. Huber.
- Dahle, K.-P. (2006a). Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. 3, S. 1–67). Darmstadt: Steinkopff.
- Dahle, K.-P. (2006b). Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (5), 431–442.
- Dahle, K.-P. (2007). Methodische Grundlagen der Kriminalprognose. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1 (2), 101–110.

- DeMatteo, D., Heilbrunn, K. & Marczyk, G. (2005). Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4 (2), 147–157.
- Dessecker, A. (1996). Sind MRV-Patienten gefährlich? *Bewährungshilfe*, 1, 17–30.
- Dessecker, A. (2005). Die Überlastung des Maßregelvollzugs: Folge von Verschärfungen im Kriminalrecht? *Neue Kriminalpolitik*, 1, 23–28.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (7., überarbeitete. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM). Bern: H. Huber.
- Dimmek, B. (2004). Die ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Netzwerk der kommunalen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. In M. Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2003 - 18. Eickelborner Fachtagung. Krank und/oder kriminell? Behandlungs- und Organisationsmodelle in der Forensik* (S. 145–153). Dortmund: Presse-Vertriebs-Gesellschaft.
- Dimmek, B. (2014). Prognosen zur Legalbewährung forensisch-psychiatrischer Patienten - empirische Befunde zum Wiedereingliederungsverlauf nach Entlassung aus der Maßregel gem. § 63 StGB. In N. Saimeh (Hrsg.), *Das Böse behandeln* (Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie, Bd. 1, 1. Aufl., S. 125–134). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Dimmek, B. & Bargfrede, H. (1993). *Modellprojekt ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 50). Baden-Baden: Bundesministerium für Gesundheit.
- Dönisch-Seidel, U. & Hollweg, T. (2003). Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Nordrhein-Westfalen. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 14–17.
- Dönisch-Seidel, U., Siebert, M. & Geelen, A. (2007a). Es soll gespart werden! Auch bei forensischer Nachsorge? In N. Saimeh (Hrsg.), *Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung. Forensik 2007* (1. Aufl., S. 33–37). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dönisch-Seidel, U., Siebert, M. & Geelen, A. (2007b). Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. In N. Saimeh (Hrsg.), *Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung. Forensik 2007* (1. Aufl., S. 28–32). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörpmund, T., Trottenberg, S. & Rauch, T. (2006). Forensische Nachsorge in einem sozialtherapeutischen Wohnverbund für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen: Wie sind die für die Betreuung notwendigen hohen Qualitätsstandards zu erreichen? In N. Saimeh (Hrsg.), *Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Forensik 2006* (1. Aufl., S. 80–87). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dorn, R. A. van, Desmarais, S. L., Petrila, J., Haynes, D. & Singh, J. P. (2013). Effects of outpatient treatment on risk of arrest of adults with serious mental illness and associated costs. *Psychiatric Services*, 64 (9), 856–862.

- Douglas, K. S., Guy, L., Reeves, K. A. & Weir, J. (2008). *HCR-20 Violent Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography*. Zugriff am 26.02.2015. Verfügbar unter <http://kdouglas.files.wordpress.com/2006/04/annotate10-24nov2008.pdf>
- Douglas, K. S., Webster, C., Hart, S. D., Eaves, D. & Ogloff, J. R. P. (2001). *HCR-20 violence risk management companion guide*. Burnaby, B.C: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 589–608.
- Egg, R. (1997). Institutionen der Straftäterbehandlung. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 160–170). Bern: H. Huber.
- Eisenbarth, H., Alpers, G., Conzelmann, A., Jacob, C., Weyers, P. & Pauli, P. (2008). Psychopathic traits in adult ADHD patients. *Personality and Individual Differences*, 45 (6), 468–472.
- Eisenbarth, H., Osterheider, M., Nedopil, N. & Stadtland, C. (2012). Recidivism in female offenders: PCL-R lifestyle factor and VRAG show predictive validity in a German sample. *Behavioral Sciences & the Law*, 30 (5), 575–584.
- Elbogen, E. B. & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 66 (2), 152–161.
- Enders, C. K. (2010). *Applied Missing Data Analysis*. New York: Guilford Press.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1998). Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) (Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M.; Übers.). In H. Saß, H. U. Wittchen & M. Zaudig (Hrsg.), *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (2., verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, T. (2014). *Strafgesetzbuch mit Nebengesetzen* (Beck'sche Kurz-Kommentare, Bd. 10, 61. Aufl.). München: C. H. Beck.
- Freese, R. (2003a). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter* (Bd. 2). Lengerich: Pabst.
- Freese, R. (2003b). Ambulante Versorgung von psychisch kranken Straftätern im Maßregel- und Justizvollzug: Analysen, Entwicklungen, Impulse. *Recht & Psychiatrie*, 21 (2), 52–57.
- Freese, R. (2004). Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug. Konzepte und Erfahrungen. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug. Konzepte und Erfahrungen* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 169–183). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Freese, R. (2010). Nachsorge ehemals strafgerichtlich untergebrachter Menschen in Deutschland - formale Strukturen, Inhalte und Überlegungen. In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 126–149). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Freese, R. & Schmidt-Quernheim, F. (2014). Mindeststandards forensischer Nachsorge. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8 (3), 191–198.
- Fries, D., Endrass J., Ridinger M., Urbaniok F. & Rossegger A. (2011). Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 79, 404–410.
- Fries, D., Rossegger, A., Endrass, J. & Singh, J. P. (2013). The prediction of criminal recidivism using routinely available file information. *International Journal of Psychological Research*, 6 (2), 8–14.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A Meta-analysis of the Predictors of Adult Offender Recidivism: What Works! *Criminology*, 34 (4), 575–607.
- Gericke, B. & Kallert, T. W. (2007). Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis*, 34 (5), 218–226.
- Gilbert, A. R., Moser, L. L., van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Wilder, C. M., Robbins, P. M. et al. (2010). Reductions in arrest under assisted outpatient treatment in New York. *Psychiatric Services*, 61 (10), 996–999.
- Götz, V. (1993). *Allgemeines Polizei- und Ordnungsrecht* (11. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gretenkord, L. (2001). *Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB (EFP-63)*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Gretenkord, L. (2013). Warum Prognosen? In M. Rettenberger & F. v. Franqué (Hrsg.), *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren* (S. 19–36). Göttingen: Hogrefe.
- Greuel, L. (1997). Schuldfähigkeitsbegutachtung. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 105–118). Bern: H. Huber.
- Haar, M. van der (2012). *Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB Jahrgang 2011*. Rehburg-Loccum: Eigenverlag Fachabteilung Bad Rehburg.
- Habermeyer, E., Gairing, S. & Lau, S. (2010). Begutachtung der Kriminalprognose. Spielt die Psychopathologie noch eine Rolle? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4 (4), 258–263.
- Hahn, G. (2010). Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland. Stichtagserhebung "Forensische Fachambulanzen 2009". *Klinische Sozialarbeit*, 6 (1), 8–12.
- Hahn, G. & Wörthmüller, M. (2009). Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland. Patientenstruktur, Interventionsformen und Verlauf in der Nachsorge psychisch kranker Straftäter nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug gem. § 63 StGB. Daten der Stichtagserhebung „Forensische Fachambulanzen 2009“. In H. Pauls, M. Reicherts & A. Schlittmaier (Hrsg.), *Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit* (Bd. 17). Coburg: ZKS-Verlag.
- Hakansson, A. & Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism - a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*, 12 (111). 1–8.

- Hanson, R. K. & Harris, A. (1998). *Dynamic Predictors of Sexual Recidivism* (Corrections Research). Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K., Helmus, L. & Thornton, D. (2010). Predicting recidivism amongst sexual offenders: A multi-site study of Static-2002. *Law and Human Behavior*, 34 (3), 198–211.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21 (1), 1–21.
- Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health-Systems.
- Hare, R. (2003). *Manual for The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. (2006). Psychopathy - A clinical construct whose time has come. In C. Bartol & A. Bartol (Eds.), *Current perspectives in forensic psychology and criminal justice* (S. 107–117). Thousands Oaks: Sage.
- Hare, R. & Neumann, C. S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7 (1), 57–64.
- Harrendorf, S. (2007). *Rückfälligkeit und kriminelle Karrieren von Gewalttätern. Ergebnisse einer bundesweiten Rückfalluntersuchung* (Göttinger Studien zu den Kriminalwissenschaften, Bd. 1). Göttingen: Universitätsverlag.
- Harris, G. T., Rice, M. E. & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (4), 315–335.
- Hartl, C. (2010). Forensische Patienten lügen nicht! Wie glaubhaft sind die Aussagen entlassener Patienten? In N. Saimeh (Hrsg.), *Kriminalität als biografisches Scheitern. 25. Eickelborner Fachtagung 2010* (S. 237–247). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hartl, C. (2012). *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße*. Dissertation, Universität Regensburg. Zugriff am 27.03.2014. Verfügbar unter <http://epub.uni-regensburg.de/27198/1/dissertationwinCH.pdf>
- Hartl, C., Mache, W. & Bezzel, A. (2008). Rückfallfrei nach einem Jahr? Die Regensburger Katamnesestudie von 2001-2007. In N. Saimeh (Hrsg.), *Zukunftswerkstatt Massregelvollzug. Forensik 2008* (1. Aufl., S. 94–102). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hautzinger, M. (Hrsg.). (2011). *Kognitive Verhaltenstherapie. Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter* (1. Aufl.). Weinheim u.a.: Beltz.
- Heinz, G., Keweloh, H. & Schlichting, M. (1996). 25 Jahre offene Maßregelbehandlung in Göttingen - Klinische Erfahrungen und Ergebnisse. *Recht & Psychiatrie*, 14, 38–44.

- Helmus, L., Hanson, R. K., Thornton, D., Babchishin, K. M. & Harris, A. J. R. (2012). Absolute recidivism rates predicted by Static-99R and Static-2002R sex offender risk assessment tools vary across samples: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 39 (9), 1148–1171.
- Hemphill, J. F., Hare, R. D. & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 139–170.
- Hodgins, S. (2007). Persistent violent offending: What do we know? *British Journal of Psychiatry*, 190 (49), 12–14.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363 (1503), 2505–2518.
- Hodgins, S., Hiscoke, U. L. & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 21 (4), 523–546.
- Hodgins, S., Tengström, A., Eriksson, A., Osterman, R., Kronstrand, R., Eaves, D. et al. (2007). A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders: Design, measures, and the forensic sample. *Criminal Justice and Behavior*, 34 (2), 211–228.
- Höffler, K. & Stadtland, C. (2013). Gefährlich - Krank - Gestört? Ist eine valide Risikoeinschätzung möglich? In D. Dölling, J.-M. Jehle (Hrsg.), *Täter – Taten – Opfer: Grundfragen und aktuelle Probleme der Kriminalität und ihrer Kontrolle* (Neue Kriminologische Schriftenreihe, Bd. 114, Bd. 114, S. 107–121). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Hoffman, P. B. (1983). Screening for risk: A revised salient factor score (SFS 81). *Journal of Criminal Justice*, 11, 539–547.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S. & Tetel, C. (2010). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004 bis 2007* (1. Aufl.). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Jehle, J.-M., Heinz, W. & Sutterer, M. (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Jockusch, U. & Keller, F. (2001). Praxis des Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. Ergebnisse einer Fünf-Jahres-Katamnese aus dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 84 (6), 453–465.
- Kammeier, H. (2005). Ist eine bundesgesetzliche Regelung des Maßregelvollzugs erforderlich? - Eine Problemskizze. In M. Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2004 - 19. Eickelborner Fachtagung. Aufbruch oder Stillstand? Therapeutische, wissenschaftliche und ökonomische Herausforderungen im Maßregelvollzug* (S. 74–84). Dortmund: Presse-Vertriebs-Gesellschaft.
- Kammeier, H. (Hrsg.). (2007). *Maßregelvollzugsrecht. Kommentar* (3., neubearbeitete Auflage). Berlin u.a.: de Gruyter.

- Kammeier, H. (2014). Fiskus und/oder Krankenkasse: Wer sollte eigentlich welche Kosten im Maßregelvollzug tragen? In N. Saimeh (Hrsg.), *Das Böse behandeln* (Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie, Bd. 1, 1. Aufl., S. 169–186). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kesten, K. L., Leavitt-Smith, E., Rau, D. R., Shelton, D., Zhang, W., Wagner, J. et al. (2012). Recidivism rates among mentally ill inmates: Impact of the Connecticut Offender Reentry Program. *Journal of Correctional Health Care*, 18 (1), 20–28.
- Kielisch, S. (2003). *Katamneseuntersuchung der Treffsicherheit der prognostischen Einschätzung und der Validität von Prognosekriterien*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München. Zugriff am 27.03.2014. Verfügbar unter http://edoc.ub.uni-muenchen.de/974/1/Kielisch_Silke.pdf
- Knahl, A. (1997). *Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten: Synopse der Modellerprobungen des BMG - Ergebnisse und Empfehlungen*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 82). Baden-Baden: Bundesministerium für Gesundheit.
- König, A. (2011). Die Vorhersagegüte standardisierter Risikoprognoseinstrumente in Abhängigkeit von Probanden- und Studiencharakteristika. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (2), 123–124.
- Kravitz, H. M. & Kelly, J. (1999). An outpatient psychiatry program for offenders with mental disorders found not guilty by reason of insanity. *Psychiatric Services*, 50 (12), 1597–1605.
- Krüber, H.-L. (2013). Strafen in der Maßregel. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7, 215–216.
- Krüber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N. & Saß, H. (Hrsg.). (2006). *Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. 3). Darmstadt: Steinkopff.
- Krüger, U. M. & Niemantsverdriet, J. R. (2001). Neue Wege der Resozialisierung: Kurze Verweildauer - lange Nachsorge. Erste Erfahrungen mit transmuraler Behandlung unter Berücksichtigung jüngster Entwicklungen in der Niederländischen Forensik. In M. Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2000 - 15. Eickelborner Fachtagung* (S. 81–91). Dortmund: PsychoGen Verlag.
- Lamb, H. R. & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039–1045.
- Lamberti, S. L. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic Disorders. *Psychiatric Services*, 58 (6), 773–781.
- Lau, S. (2003). Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenaher rückfallpräventiver Maßnahmen bei Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. *Psychiatrische Praxis*, 30, 119–126.
- Lee, D. T. (2003). Community-treated and discharged forensic patients: An 11-year follow-up. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26 (3), 289–300.
- Leistico, A.-M., Salekin, R., DeCoster, J. & Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*, 32, 28–45.

- Levenson, J. S., Sandler, J. C. & Freeman, N. J. (2012). Failure-to-register laws and public safety: An examination of risk factors and sex offense recidivism. *Law and Human Behavior*, 36 (6), 555–565.
- Leygraf, J. (2006). Wann ist die weitere Vollstreckung der Maßregel aus § 63 StGB nicht mehr verhältnismäßig? Lässt sich die Lösung dieser Frage durch eine zeitliche Befristung erreichen? In N. Saimen (Hrsg.), *Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Forensik 2006* (1. Aufl., S. 209–219). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Massregelvollzugs* (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd. 53). Berlin: Springer.
- Leygraf, N. (1998). Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In H.-L. Kröber & K. P. Dahle (Hrsg.), *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz* (S. 175–184). Heidelberg: Wissenschaft und Praxis.
- Leygraf, N. (2004). Nachbetreuung nach Straf- und Maßregelvollzug. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug. Konzepte und Erfahrungen* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 55–64). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Leygraf, N. (2006). Maßregelvollzug und Strafvollzug. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. 3, S. 191–368). Darmstadt: Steinkopff.
- Leygraf, N., Schiffer, B. & Seifert, D. (2002). *Evaluation der forensischen Ambulanzen im Rheinland: Düren, Langenfeld und Essen – Abschlussbericht: Forschungsprojekt im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland*. Essen: Universität Essen, Institut für Forensische Psychiatrie.
- Leygraf, N. & Seifert, D. (2003). Psychisch kranke Rechtsbrecher: ein unkalkulierbares Risiko? Zur Gefährlichkeitseinschätzung von Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. *Essener Unikate*, 22, 94–105.
- Lindqvist, P. (2007). Mental disorder, substance misuse and violent behaviour: the Swedish experience of caring for the triply troubled. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17 (4), 242–249.
- Lindqvist, P. & Skipworth, J. (2000). Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 176 (4), 320–323.
- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 171–204). Bern: H. Huber.
- Mann, R. E., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22 (2), 191–217.
- Mauthe, J.-H. (2004). Nachsorge im niedersächsischen Maßregelvollzug. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug. Konzepte und Erfahrungen* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 121–142). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.

- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meyer-Goßner, L. & Schmitt, B. (2014). *Strafprozessordnung, Gerichtsverfassungsgesetz, Nebengesetze und ergänzende Bestimmungen* (Beck'sche Kurz-Kommentare, Bd. 6, 57. Aufl.). München: C.H. Beck.
- Mills, J. F., Loza, W. & Kroner, D. G. (2003). Predictive validity despite social desirability: Evidence for the robustness of self-report among offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13 (2), 140–150.
- Mokros, A., Dörfler, M., Lange, K. & Osterheider, M. (2008). Identifikation von Entlassbarrieren im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Nervenheilkunde*, 11a, 46–47.
- Mokros, A., Hollerbach, P., Vohs, K., Nitschke, J., Eher, R. & Habermeyer, E. (2013). Normative data for the Psychopathy Checklist-Revised in German-speaking countries. A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 40 (12), 1397–1412.
- Mokros, A. & Osterheider, M. (2010). Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten in Bayern: Stand des aktuellen Modellprojekts (2005–2010). In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 189–201). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mokros, A., Vohs, K. & Habermeyer, E. (2014). Psychopathy and violent reoffending in German-speaking countries. A meta-analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 30 (2), 117–129.
- Morrissey, J. P., Cuddeback, G. S., Cuellar, A. E. & Steadman, H. J. (2007). The role of medicaid enrollment and outpatient service use in jail recidivism among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58 (6), 794–801.
- Müller, J., Saimeh, N., Habermeyer, E., Nedopil, N., Schneider, F. & Falkai, P. (2011). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Therapieunterbringungsgesetz – ThUG. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (2), 116–118.
- Müller-Isberner, J. (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19 (1), 81–86.
- Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). *Therapie im Massregelvollzug*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Müller-Isberner, R. & Freese, R. (2004). Ambulante Kriminaltherapie: Rechtliche Basis, konkrete Praxis, Ergebnisse. *Der Nervenarzt*, 75 (Suppl. 2), 335.
- Müller-Isberner, R., Gonzales Cabeza, S. & Eucker, S. (2000). *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR 20. in der modifizierten und adaptierten Übersetzung der kanadischen Originalversion*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Müller-Isberner, R., Jöckel, D. & Gonzales Cabeza, S. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. in der modifizierten und adaptierten Übers. der kanadischen Originalversion*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
- Muysers, J. (2012). Qualitätssicherung im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6 (4), 227–234.

- National Institute of Mental Health. (1970). CGI: Clinical Global Impressions. In W. Guy (Ed.), *EDCEU Assessment in Psychopharmacology* (S. 217–222). Rockville, M.D.: U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Nedopil, N. (1997). Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose künftiger Delinquenz. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 80, 79–92.
- Nedopil, N. (2000). Grenzziehung zwischen Patient und Straftäter. *Neue juristische Wochenschrift*, 12, 837–840.
- Nedopil, N. (2001). Rückfallprognose bei Straftätern. Eine wachsende Aufgabe für die forensische Psychiatrie. *Psycho*, 27, 363–369.
- Nedopil, N. (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis*. Berlin: Pabst Science Publishers.
- Nedopil, N. (Hrsg.). (2011). *Die Psychiatrie und das Recht - Abgrenzung und Brückenschlag. Jubiläumsschrift zum vierzigjährigen Bestehen der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik der Universität München*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Nedopil, N. & Banzer, K. (1996). Outpatient treatment of forensic patients in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19 (1), 75–79.
- Nedopil, N. & Müller, J. L. (Hrsg.). (2012). *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D. & Martin, M. (2006). The Short Term-Assessment of Risk and Treatability (START): a prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 313–327.
- Niemann, U. J. (2006). Freiheit und Gemeinwohl - Zur Abwägung zwischen Freiheitsrechten des Individuums und Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft. In N. Saimeh (Hrsg.), *Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Forensik 2006* (1. Aufl., S. 257–264). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Nitschke, J., Osterheider, M. & Mokros, A. (2011). Schizophreniforme Erkrankungen, Psychose und Tötungsdelikte: Die Bedeutung sozialtherapeutischer Maßnahmen zur Prävention von Delikten. *Psychiatrische Praxis*, 38 (2), 82–86.
- O'Donohue, W. & Levensky, E. (Eds.). (2004). *Handbook of Forensic Psychology*. Amsterdam: Elsevier.
- Ortlieb, M. (2004). Ambulante Psychotherapie bei entlassenen MRV-Patienten. In M. Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2003 - 18. Eickelborner Fachtagung. Krank und/oder kriminell? Behandlungs- und Organisationsmodelle in der Forensik* (S. 154–169). Dortmund: Presse-Vertriebs-Gesellschaft.
- Osterheider, M. & Dimmek, B. (2004). Projekt Ambulante Nachsorge im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug. Konzepte und Erfahrungen* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 193–205). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.

- Oswald, M. E. (1997). Richterliche Urteilsbildung. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 248–269). Bern: H. Huber.
- Paolucci, E. O., Viaolato C., Schofield, M. A. (2000). *A Review of Marital and Family Variables as they relate to Adult Criminal Recidivism*. Calgary, CA: National Foundation for Family, Research and Education (NFFRE).
- Philipse, M. W. G., Koeter, M. W. J., van der Staak, C. P. F. & van den Brink, W.. (2006). Static and dynamic patient characteristics as predictors of criminal recidivism: A prospective study in a Dutch forensic psychiatric sample. *Law and Human Behavior*, 30 (3), 309–327.
- Pollähne, H. (2011). Die einstweilige Unterbringung (§ 126 a StPO) im Vollzugsrecht. *Recht & Psychiatrie*, 29, 140–151.
- Pörksen N. & Scholz, W. (2003). Wer hat den Schwarzen Peter? Zur (Un)Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten. *Recht & Psychiatrie*, 21 (2), 47–51.
- Pozsár, C. (2001). Nach der Maßregelbehandlung gemäß § 63 StGB - Praxis der ambulanten und stationären Nachsorge. *Recht & Psychiatrie*, 19 (2), 82–88.
- Prüter-Schwarte, C. (2012). Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6 (3), 201–207.
- Put, C. E. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., van der Laan, P. H., Breuk, R., Jongman, E. et al. (2013). Recidivism after treatment in a forensic youth-psychiatric setting: The effect of treatment characteristics. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57 (9), 1120–1139.
- Querengässer J., Hoffmann, K. & Ross, T. (2014). Erledigungen von Unterbringungen nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit aus Therapeutesicht: Ergebnisse einer Therapeutenbefragung zu Abbrechern. *Recht & Psychiatrie*, 32, 21–30.
- Quinsey, V., Harris, G., Rice, M. E. & Cormier, C. (2006). *Violent Offenders – Appraising and Managing Risk* (2nd ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- Randermann, D. (2008). *Prognose, Begutachtung und Legalbewährung – ein Vergleich von Sexualstraftätern und anderen Gewaltstraftätern*. Dissertation, Universität Hamburg. Zugriff am 27.03.2014. Verfügbar unter <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2008/3820/pdf/DissRandermann.pdf>
- Räsänen, P., Tühonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 437–441.
- Rettenberger, M. (2009). *Kriminalprognose und Sexualdelinquenz - Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Kriminalprognosemethoden bei Sexualstraftätern*. Dissertation, Universität Ulm. Zugriff am 28.03.2014. Verfügbar unter http://vts.uni-ulm.de/docs/2009/6852/vts_6852_9492.pdf
- Rettenberger, M., Haubner-Maclean, T. & Eher, R. (2013). The contribution of age to the Static-99 risk assessment in a population-based prison sample of sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 40 (12), 1413–1433.

- Rettenberger, M. & Franqué, F. von (Hrsg.). (2013). *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Reuber, D., Oliva, H. & Jaschke, H. (2005). Ergebnisse der externen Evaluation des Projekts "Ambulante Nachsorge" des Westfälischen Zentrums für Forensische Psychiatrie Lippstadt. *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (WsFPP)*, 12 (1), 121–141.
- Rice, M. E. & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29 (5), 615–620.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24 (5), 595–605.
- Rohdich, R. & Kirste, A. (2005). Ein integrierter Behandlungsansatz für schizophrene Patienten mit Suchterkrankung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Haina. *Recht & Psychiatrie*, 23 (3), 116–122.
- Rosemann, M. (2003). Integration forensischer Patienten in die gemeindepsychiatrische Versorgung. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 10–14.
- Ross, T. & Pfäfflin, F. (2005). Risk Assessment im Maßregelvollzug: Grenzen psychometrischer Gefährlichkeitsprognose im therapeutischen Umfeld. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88 (1), 1–11.
- Rossegger, A., Gerth, J., Urbaniok, F., Laubacher, A. & Endrass, J. (2010). Der Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG). Validität und autorisierte deutsche Übersetzung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 78, 658–667.
- Rossegger, A., Urbaniok, F., Danielsson, C. & Endrass, J. (2009). Der Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) – ein Instrument zur Kriminalprognose bei Gewaltstraftätern. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 77 (10), 577–584.
- Rossegger A, Urbaniok F, Elbert T, Fries D, Endrass J. (2010). Rückfälligkeit nach Entlassung aus dem Strafvollzug in der Schweiz: Die Validität des HCR-20. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161 (7), 254–259.
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. New York: Wiley & Sons.
- Rupprecht, M. (2007). Maßnahmen zur Umsetzung der Einsparnotwendigkeit im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug: Stand und Perspektiven. In N. Saimeh (Hrsg.), *Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung. Forensik 2007* (1. Aufl., S. 209–211). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ryssok, J. & Oprée, L. (2011). Auffassungen der Öffentlichkeit über Patienten des Maßregelvollzugs. Ein Vergleich zweier Gemeinden mit und ohne Maßregelklinik. *Recht & Psychiatrie*, 29 (1), 8–13.
- Saimeh, N. (2001). Zwischen Psychiatrie und Forensik. Können wir die Kluft überwinden? *Soziale Psychiatrie*, 1, 16–19.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (2. verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: A primer. *Statistical Methods in Medical Research*, 8 (1), 3–15.
- Schafer, J. L. & Olsen, M. K. (1998). Multiple imputation for multivariate missing-data problems: A data analyst's perspective. *Multivariate Behavioral Research*, 33 (4), 545–571.
- Schalast, N. (2012). Delinquenzrisiken psychisch Kranker und stationäre Behandlung. *Recht & Psychiatrie*, 30 (4), 179–185.
- Schalast, N. (2013). Die Dauer der Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (2), 105–113.
- Schalast, N., Palaschke, M. & Dönisch-Seidel, U. (2009). Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 27, 183–190.
- Schalast, N., Seifert, D. & Leygraf, N. (2007). Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1 (1), 34–42.
- Schalast, N., Steffen, M. & Boateng, S. (2013). Essener Evaluation der Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (2), 94–104.
- Schanda, H. (2000). Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher - ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatrische Praxis*, 27 (2), 72–76.
- Schaumburg, C. (2010). *Maßregelvollzug* (Basiswissen, Bd. 1, 1. Auflage der Neuauflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schellbach-Matties, R., Pelzer, W., Schmidt-Quernheim, F., Houtz, M., Hax-Schoppenhorst, T. & Schleef, D. (1993). *Modellprojekt: Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 50). Baden-Baden: Bundesministerium für Gesundheit.
- Schmidt-Quernheim, F. (2005). "Nach dem Spiel ist vor dem Spiel" - Über den Mythos des Neuanfangs und die Notwendigkeit einer forensischen Ambulanz. *Recht & Psychiatrie*, 23 (3), 140–145.
- Schmidt-Quernheim, F. (2007). Kommunizierende Röhren: Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 34, 218–222.
- Schmidt-Quernheim, F. (2010). Mit einem Bein (wieder) in der Forensik?! Forensische Vor- und Nachsorge in der Gemeindepsychiatrie. In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 150–171). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmidt-Quernheim, F. (2011). *Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen*. Dissertation, Universität Duisburg-Essen. Zugriff am 27.03.2014. Verfügbar unter http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-28123/Diss_Schmidt_Quernheim.pdf
- Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug*. Bern: H. Huber.

- Schmidt-Quernheim, F. & Seifert, D. (2014). Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Der Nervenarzt*, 85 (9), 1133–1143.
- Schneider, M. (2014). *Evaluation forensisch-psychiatrischer Nachsorge in Bayern: Eine Zwischenauswertung zur Untersuchung deliktischer Rückfallquoten und der Beurteilerübereinstimmung bei Dokumentationsfragebögen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Regensburg.
- Seifert, D. (2007a). *Gefährlichkeitsprognosen. Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs* (Monografien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd. 113). Darmstadt: Steinkopff.
- Seifert, D. (2007b). Helfen uns klinische Prognosekriterien bei der Gefährlichkeitseinschätzung behandelter forensischer Patienten (§ 63 StGB)? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1 (1), 27–33.
- Seifert, D. (2010). Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4 (1), 60–69.
- Seifert, D., Bolten, S. & Möller-Mussavi, S. (2003). Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) oder Wie lassen sich Rückfälle verhindern? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 86 (2), 127–137.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1997). Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiatrische Praxis*, 24, 237–244.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1999). Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. Ergebnisse einer Querschnittserhebung. *Der Nervenarzt*, 70, 450–456.
- Seifert, D. & Möller-Mussavi, S. (2005). Aktuelle Prognosefindung in Deutschland - Wissen Therapeuten was sie tun? In M. Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2004 - 19. Eickelborner Fachtagung. Aufbruch oder Stillstand? Therapeutische, wissenschaftliche und ökonomische Herausforderungen im Maßregelvollzug* (S. 85–92). Dortmund: Presse-Vertriebs-Gesellschaft.
- Seifert, D., Schiffer, B., Bode, G. & Schmidt-Quernheim, F. (2005). Forensische Nachsorge: unverzichtbar, wenn es um die Entlassung eines psychisch kranken Rechtsbrechers geht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 3, 125–127.
- Seifert, D., Schiffer, B. & Leygraf, N. (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge: Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiatrische Praxis*, 30 (5), 235–241.
- Seto, M. C., Harris, G. T., Rice, M. E. & Barbaree, H. E. (2004). The Screening Scale for Pedophilic Interests predicts recidivism among adult sex offenders with child victims. *Archives of Sexual Behavior*, 33 (5), 455–466.
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (4), 526–575.
- Sieß, J. (2013). Einflussfaktoren auf die Unterbringungszeit im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (4), 300–301.

- Singh, J. P., Grann, M. & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31 (3), 499–513.
- Someda, K. (2009). An international comparative overview on the rehabilitation of offenders and effective measures for the prevention of recidivism. *Legal Medicine*, 11, 82–85.
- Spaemann, C. (2001). Ausweitung der Unterbringung zum Zwecke der öffentlichen Sicherheit? - Anmerkungen zu den neuen Vollzugshinweisen des Bayerischen Sozialministeriums zum Unterbringungsgesetz. *Recht & Psychiatrie*, 19 (2), 69–72.
- Stadtland, C. & Nedopil, N. (2005). Psychiatrische Erkrankungen und die Prognose krimineller Rückfälligkeit. *Der Nervenarzt*, 76 (11), 1402–1411.
- Statistisches Bundesamt. (2014). *Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) - 2012/2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff am 14.05.2014. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/Strafverfolgung/Vollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202.pdf?__blob=publicationFile
- Steffen, M. (2013). Rolle der Gemeindepsychiatrie in der Versorgung ehemaliger forensischer Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (1), 64–66.
- Steinböck, H., Groß, G., Nedopil, N., Stübner, S., Tiltscher, E. & Vopelius, G. von (2004). Ambulante Betreuung forensischer Patienten: vom Modell zur Institution. *Recht & Psychiatrie*, 22 (4), 199–207.
- Stübner, S. & Nedopil, N. (2004). Ambulante Sicherungsnachsorge des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation. In R. Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug. Konzepte und Erfahrungen* (Kriminologie und Praxis, Bd. 44, S. 143–167). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Stübner, S. & Nedopil, N. (2009). Ambulante Sicherungsnachsorge. Begleituntersuchung eines forensischen Modellprojekts in Bayern. *Psychiatrische Praxis*, 36, 317–319.
- Stübner, S. & Nedopil, N. (2010). Ambulante Sicherungsnachsorge in Bayern: Bericht über das erste Modellprojekt. In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 172–188). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stürm, M. & Schmalbach, S. (2013). Rückfallpräventive deliktorientierte Therapie: Standards und Perspektiven moderner Täterbehandlung. *Recht & Psychiatrie*, 31 (4), 195–201.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, H. R. & Burns, B. J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 21 (4), 473–491.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Wagner, H. R., Burns, B. J., Borum, R. & Hiday, V. A. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176 (4), 324–331.

- Tengström, A. (2001). Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 243–249.
- Tengström, A., Grann, M., Langström, N. & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24 (1), 45–58.
- Thier, R. (1990). *Unterbringung strafrechtlich eingewiesener Patienten nach § 63 StGB. Anamnese und Katamnese*. Dissertation, Universität Heidelberg.
- Tondorf, G. (2005). *Psychiatrische und psychologische Sachverständige im Strafverfahren. Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosegutachten* (2. Aufl.). Heidelberg: C. F. Müller.
- Traub, H.-J. & Weithmann, G. (2008). Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Vergleich der Entwicklungen in den Bundesländern. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 594–603.
- Troquete, N. A. C., van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A. & Wiersma, D. (2013). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202 (5), 365–371.
- Urbanik, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern: Konzeption, Methoden und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychotherapie Forum*, 11, 202–213.
- Vittinghoff, E. & McCulloch, C. E. (2007). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and cox regression. *American Journal of Epidemiology*, 165 (6), 710–718.
- Volbert, R. & Steller, M. (Hrsg.). (2008). *Handbuch der Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Voß, T., Sauter, J. & Kröber, H.-L. (2011). Entlassene Problemfälle in der ambulanten Nachsorge von langzeitinhaftierten und langzeituntergebrachten Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (4), 253–260.
- Walters, G. D. (2003). Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist factor scores: A meta-analysis. *Law and Human Behavior*, 27 (5), 541–588.
- Warmuth, M. (1990). Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin-West: Aufbau - Erfahrungen - Konsequenzen. *Recht & Psychiatrie*, 8 (3), 109–120.
- Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. & Hart, S. (1997). *HCR-20 Assessing Risk for Violence: Version II*. Burnaby: Mental Health, Law & Policy Institute, Simon Frazier University.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M.-L., Desmarais, S. L. & Brink, J. (2006). Short Term-Assessment of Risk and Treatability (START): the case for an new structured professional judgement scheme. *Behavioral Sciences & the Law*, 24, 747–766.
- Wiederanders, M. R., Bromley, D. L. & Choate, P. A. (1997). Forensic conditional release programs and outcomes in three states. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20 (2), 249–257.

- Wilson, D., Tien, G. & Eaves, D. (1995). Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: An assertive case management program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (1), 61–69.
- Worling, J. R., Bookalam, D. & Litteljohn, A. (2012). Prospective validity of the Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24 (3), 203–223.
- Yang, M., Wong, S. C. P. & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 740–767.
- Young, D., Fluellen, R. & Belenko, S. (2004). Criminal recidivism in three models of mandatory drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (4), 313–323.
- Ziegler, A., Lange, S. & Bender, R. (2007). Überlebenszeitanalyse: Die Cox-Regression. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 42–44.
- Zinkler, M. (2008). Früher entlassen - schneller im Maßregelvollzug? Zum Verhältnis von allgemeiner und forensischer Psychiatrie, *Recht & Psychiatrie*, 26 (2), 102–105.

7 ANHANG

Verzeichnis des Anhangs

A	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen.....	168
B	Verwendete Abkürzungen.....	172
C	Tabellarische Übersicht aller Variablen, die in die univariaten Analysen zu Rückfallprognosefaktoren einbezogen wurden mit hypothetisierten Richtungen ihrer Zusammenhänge zu deliktischer Rückfälligkeit.....	175
D	Fragebogen zur Basisdokumentation (BADO)	189
E	<i>Clinical Global Impression</i> (CGI) nach National Institute of Mental Health (1970).....	200
F	<i>Global Assessment of Functioning</i> (GAF) nach Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen (1998).....	201
G	<i>Historical, Clinical and Risk Management –Violence Risk Assessment Scheme</i> (HCR-20) nach Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997); Müller-Isberner, Jöckel & Conzales Cabeza (1998).....	203
H	<i>Sexual-Violence-Risk-20</i> (SVR-20) nach Boer, Hart, Kropp & Webster (1997); Müller-Isberner, Gonzales Cabeza & Eucker (2000).....	207
I	Fragebogen zur Verlaufsdokumentation (VEDO)	213
K	Patienteninformation.....	220
L	Einwilligungserklärung	223

Anhang A

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1

Ausgewählte Studien zu deliktischer Rückfälligkeit bei entlassenen Maßregelvollzugspatienten gemäß § 63 StGB ohne systematische Nachsorge 28

Tabelle 1.2

Items der Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) 49

Tabelle 1.3

Items des Historical Clinical Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20) 50

Tabelle 1.4

Items des Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) 52

Tabelle 1.5

Einflüsse diverser Prognosefaktoren auf deliktische Rückfälligkeit für verschiedene Straftätergruppen nach Harrendorf (2007) 57

Tabelle 1.6

Prädiktoren mit signifikantem Zusammenhang zu allgemeiner deliktischer Rückfälligkeit bei psychisch kranken Rechtsbrechern nach Bonta, Law & Hanson (1998) 59

Tabelle 1.7

Bereiche von Rückfallprognosefaktoren für psychisch kranke und suchtmittelabhängige Straftäter aus der aktuellen Forschungsliteratur 67

Tabelle 2.1

Übersicht über relevante Erhebungsinstrumente und -zeitpunkte 72

Tabelle 2.2

Faustregeln zur Interpretation der angewandten Effektstärkenmaße 81

Tabelle 2.3

Kennwerte zu den vor den multivariaten Analysen durchgeführten multiplen Imputationen zur Ersetzung fehlender Werte..... 82

Tabelle 2.4

Deskriptiva der Gesamtstichprobe und der Substichproben bei Aufnahme der Patienten in die Studie mit Unterschiedsmaßen zwischen § 63 StGB und § 64 StGB 86

Tabelle 2.5

Vergleich zwischen der vorliegenden Substichprobe gem. § 63 StGB und der Stichprobe einer bundesweiten Stichtagserhebung von Patienten gem. § 63 StGB in forensisch-psychiatrischer Nachsorge..... 90

Tabelle 2.6

Vergleich zwischen der vorliegenden Substichprobe gem. § 64 StGB und Substichproben einer Katamneseuntersuchung von entlassenen Patienten gem. § 64 StGB 91

Tabelle 3.1

Statische Variablen (zum Zeitpunkt der Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Nachsorge) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 63 StGB..... 97

Tabelle 3.2

Ergebnisse der Cox-Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger statischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) unter Berücksichtigung der individuellen „time at risk“ für Patienten gem. § 63 StGB 100

Tabelle 3.3

Dynamische Variablen (bezogen auf die letzten sechs Monate) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 63 StGB..... 102

Tabelle 3.4

Ergebnisse der Logistischen Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger dynamischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) für Patienten gem. § 63 StGB..... 103

Tabelle 3.5

Statische Variablen (zum Zeitpunkt der Aufnahme in die forensisch-psychiatrische Nachsorge) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 64 StGB..... 106

Tabelle 3.6

Ergebnisse der Cox-Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger statischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) unter Berücksichtigung der individuellen „time at risk“ für Patienten gem. § 64 StGB 110

Tabelle 3.7

Dynamische Variablen (bezogen auf die letzten sechs Monate) mit signifikanten Unterschieden in univariaten Einzelvergleichen zwischen rückfälligen und nicht rückfälligen Patienten gem. § 64 StGB..... 114

Tabelle 3.8

Ergebnisse der Logistischen Regression zur multivariaten Analyse des Einflusses vorausgewählter unabhängiger dynamischer Variablen auf deliktische Rückfälligkeit (AV) für Patienten gem. § 64 StGB..... 116

Abbildungen

Abbildung 1.1

Anzahl Untergebrachter im Maßregelvollzug in der BRD (alte Bundesländer) in den Jahren 1970 – 2013, aufgeteilt nach Rechtsgrundlagen (§§ 63, 64 StGB) 17

Abbildung 1.2

Standorte von Maßregelvollzugskliniken mit forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern geographisch 38

Abbildung 1.3

Patientenzahlen (absolut) nach forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern zum Stand 1.2.2014..... 40

Abbildung 2.1

Dreischrittiges Prozedere zur Auswahl und Auswertung der Prognosefaktoren schematisch 79

Abbildung 2.2

Stichprobe (N = 406): Patienteneinschlüsse (absolut) nach Standorten der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern 85

Abbildung 2.3

Primär Diagnosen der Patienten beider Substichproben nach ICD-10 prozentual..... 87

Abbildung 2.4

Schwerste Straftatbestände aus den Indexdelikten beider Substichproben prozentual 88

Anhang B

Verwendete Abkürzungen

a. a. O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ADO	Fragebogen zur Abschlussdokumentation
Anm.	Anmerkung
ASN	Ambulante Sicherungsnachsorge
AUC	Area Under the Curve
AV	Abhängige Variable
BADO	Fragebogen zur Basisdokumentation
BfJ	Bundesamt für Justiz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bspw.	beispielsweise
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BZR	Bundeszentralregister
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CGI	Clinical Global Impression (National Institute of Mental Health, 1970)
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
d. h.	das heißt
DSM (III / IV)	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998)
etc.	et cetera
EFA	Evaluation forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in Bayern
entspr.	entsprechend/entspricht
Exp (<i>B</i>)	Exponentialfunktion an der Stelle <i>B</i>
GAF	Global Assessment of Functioning (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1998)
gem.	gemäß
ges.	gesamt
ggf.	gegebenenfalls

HCR-20	Historical, Clinical and Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997)
<i>ICC</i>	Intraklassenkoeffizient
ICD-10 (F)	Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, Kapitel V (F) (Dilling, Mombour & Schmitt, 2010)
ILRV	Integrierte Liste von Risikovariablen (Nedopil, 2001)
inkl.	inklusive
insg.	insgesamt
i. V. m.	in Verbindung mit
<i>KI</i>	Konfidenzintervall
KV	Körperverletzung
LSI-R	Level of Service-Inventory – Revised (Andrews & Bonta, 1995)
<i>M</i>	Mittelwert
<i>Max</i>	Maximum
<i>Med</i>	Median
<i>Min</i>	Minimum
Mio.	Million(en)
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989)
MRV	Maßregelvollzug
NIMH	National Institute of Mental Health
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. Ä.	oder Ähnliches
o. dgl.	oder dergleichen
PCL-R	Psychopathy Checklist – Revised (Hare, 1991, 2003)
Pers.	Person(en)
psych.	psychisch
RNR	Risk-Need-Responsivity (Andrews & Bonta, 2010)
s.	siehe
S.	Seite
<i>SD</i>	Standardabweichung
SFS	Salient Factor Score (Hoffman, 1983)
sig.	signifikant
SIR	Statistical Information on Recidivism (Bonta, Harman, Hann & Cormier, 1996)
s. o.	siehe oben
sog.	sogenannt/-e(r)

SPJ	Structured Professional Judgement
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability (Webster Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink, 2006)
StGB	Strafgesetzbuch
StMAS	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration
StPo	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
SVR-20	Sexual Violence Risk-20 (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997)
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
US	United States
USA	United States of America
usw.	und so weiter
u. U.	unter Umständen
UV	Unabhängige Variable
v.	von
v. a.	vor allem
VEDO	Fragebogen zur Verlaufsdokumentation
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide (Harris, Rice & Quinsey, 1993)
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WgVb	Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Anhang C

Tabellarische Übersicht über alle Variablen, die in die univariaten Analysen zu Rückfallprognosefaktoren einbezogen wurden mit hypothetisierten Richtungen ihrer Zusammenhänge zu deliktischer Rückfälligkeit

Statische Variablen/Faktoren (Basisdokumentation)		
ALLGEMEINE UND SOZIODEMOGRAFISCHE FAKTOREN		
Nr.	Variable ^a	H ₁ ^b
1	Alter (m)	-
2	Geschlecht (männlich)	+
<i>Familienstand</i>		
3	Alleinstehend	+
4	Verheiratet/in fester Partnerschaft	-
5	Getrennt/geschieden/verwitwet	+
6	Staatsangehörigkeit (deutsch)	-
<i>Rechtliche Betreuungssituation</i>		
7	Betreuung besteht	-
8	Keine Betreuung	+
9	Betreuung für den Betreuungsbereich Gesundheit besteht	-
10	Betreuung für den Betreuungsbereich Aufenthalt besteht	-
11	Betreuung für den Betreuungsbereich Vermögen besteht	-
<i>Wohnsituation zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Ambulanz</i>		
12	Eigenständig/allein	+
13	Bei Familie/Angehörigen/Verwandten	+
14	Betreutes Einzelwohnen	-
15	Betreute Wohngemeinschaft	-
16	Wohnheim für psychisch Kranke	-
17	Sonstiges	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

SOZIALISATION		
Nr.	Variable^a	H₁^b
<i>Sozialisation bis zum 15. Lebensjahr (aufgewachsen bei...)</i>		
18	Beide Eltern	-
19	Ein Elternteil	+
20	Verwandten	-
21	Pflegefamilie	-
22	Heim	+
23	sonstiges	+
<i>Familiäre Belastungen bis zum 15. Lebensjahr</i>		
24	Scheidung	+
25	Delinquenz	+
26	Gewalttätigkeiten	+
27	Sucht	+
<i>Auffälligkeiten bis zum 15. Lebensjahr</i>		
28	Entwicklungsverzögerungen	+
29	Verhaltensstörungen	+
30	Alkoholmissbrauch	+
31	Drogen-/Medikamentenmissbrauch	+
32	ZNS-Schädigung	+
<i>Sprachkenntnisse</i>		
33	Deutsche Muttersprache	-
34	Andere Muttersprache, gute Deutschkenntnisse	-
35	Andere Muttersprache, schlechte Deutschkenntnisse	+
36	Kommunikation/Sprache anderweitig erschwert/gestört	+
37	Migrationserlebnis vorhanden	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Höchster Schulabschluss</i>		
38	Kein Schulabschluss	+
39	Sonderschulabschluss	+
40	Einfacher Hauptschulabschluss	+
41	Qualifizierender Hauptschulabschluss	-
42	Realschulabschluss/mittlere Reife	-
43	Abitur/Fachabitur	-
<i>Berufsausbildung (höchster Abschluss)</i>		
44	Keine	+
45	Lehre/Ausbildung abgebrochen	+
46	Meisterschule abgebrochen	+
47	Studium abgebrochen	+
48	Lehre/Ausbildung abgeschlossen	-
49	Meisterschule abgeschlossen	-
50	Studium abgeschlossen	-
<i>Derzeitiger/zuletzt ausgeübter Beruf</i>		
51	Un-/angelernter Arbeiter	+
52	Facharbeiter/unselbstständiger Handwerker	-
53	Einfacher Angestellter/Beamter	-
54	Mittlerer Angestellter/Beamter im mittleren Dienst	-
55	Höherer qualifizierter Angestellter/Beamter im gehobenen Dienst	-
56	Hochqualifizierter Angestellter/Beamter im höheren Dienst	-
57	Selbstständiger Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	-
58	Selbstständiger Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)	-
59	Selbstständiger Akademiker/Freiberufler/Großunternehmer	-
60	Nie erwerbstätig (inkl. in Ausbildung)	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

DELINQUENZ (INDEXDELIKT UND VORDELINQUENZ)		
Nr.	Variable^a	H₁^b
<i>Schuldfähigkeit (Indexdelikt)</i>		
61	Schuldunfähig (§ 20 StGB)	-
62	Vermindert schuldfähig (§ 21 StGB)	+
63	trifft nicht zu	+
<i>Schwerster Straftatbestand im Anlassdelikt</i>		
64	Tötungsdelikt	-
65	Körperverletzung	+
66	Sexualdelikt	+
67	Raub/räuberische Erpressung	-
68	Betrug/Diebstahl	-
69	Brandstiftung	-
70	Verkehrsdelikt	-
71	Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	+
72	Sonstiger Straftatbestand	-
73	Schwere Delinquenz im Anlassdelikt (zutreffend)	+
74	Motivation beim Anlassdelikt: aggressive Impulse	+
75	Motivation beim Anlassdelikt: sexueller Lustgewinn	+
76	Motivation beim Anlassdelikt: materielle Bereicherung	+
77	Motivation beim Anlassdelikt: (wahnhafte) Situationsverkennung	-
78	Motivation beim Anlassdelikt: gruppendedynamisches Geschehen	-
79	Motivation beim Anlassdelikt: Beschaffungskriminalität	-
<i>Beziehung zum Tatopfer (Indexdelikt)</i>		
80	Kein Opfer	-
81	Intimes Verhältnis	-
82	Bekanntschaft/Verwandschaft	-
83	Anonymes Opfer	+
84	Mehrere Opfer	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Tatspezifika (Indexdelikt)</i>		
85	Wiederholungstat	+
86	Gruppendelikt	-
87	Tatvorbereitung/Tatplanung	+
88	Tatankündigung	+
<i>Substanzintoxikation beim Indexdelikt</i>		
89	Keine Substanzintoxikation	-
90	Alkohol	+
91	Opiate	+
92	Kokain	+
93	Amphetamine	+
94	Halluzinogene	+
95	Sedative/Hypnotika	+
96	Cannabinoide	+
97	Sonstige einfache Intoxikation	+
98	Multiple Substanzintoxikation	+
<i>Juristisches Eingangsmerkmal (Indexdelikt)</i>		
99	Krankhafte seelische Störung	-
100	Tiefgreifende Bewusstseinsstörung	-
101	Schwachsinn	+
102	Schwere andere seelische Abartigkeit	+
103	Dauer der letzten vorangegangenen Unterbringung vor der bedingten Entlassung (m)	-
104	Anzahl der Vorstrafen (m)	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Art der Vorstrafen</i>		
105	Tötungsdelikt	-
106	Körperverletzung	+
107	Sexualdelikt	+
108	Raub/räuberische Erpressung	-
109	Betrug/Diebstahl	-
110	Brandstiftung	-
111	Verkehrsdelikt	-
112	Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	+
113	Sonstiger Straftatbestand	-
114	2 – 3 verschiedene Arten von Vorstrafen	+
115	Mehr als 3 verschiedene Arten von Vorstrafen	+
116	Alter bei erster juristischer Auffälligkeit (m)	-
117	Bereits frühere Unterbringung im Maßregelvollzug vorhanden	+
118	Anzahl vorheriger Unterbringungen (m)	+
FRÜHERE INSTITUTIONELLE ANPASSUNG		
- siehe hierzu auch Items „Probleme bei der Psychotherapie“ ff. [Nr. 179 – 196] -		
Nr.	Variable ^a	H ₁ ^b
<i>Bedrohungen/Tätlichkeiten gegen Personal (vorherige Unterbringung)</i>		
119	Keine	-
120	Sexuelle Übergriffe	+
121	Geiselnahme	+
122	Schwere Körperverletzung	+
123	Leichte Körperverletzung	+
124	Sachbeschädigung (fremde Sachen)	+
125	Bedrohliches Verhalten	+
126	2-3 verschiedene	+
127	Mehr als 3 verschiedene	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Bedrohungen/Tätlichkeiten gegen Mitpatienten (vorherige Unterbringung)</i>		
128	Keine	-
129	Sexuelle Übergriffe	+
130	Geiselnahme	+
131	Schwere Körperverletzung	+
132	Leichte Körperverletzung	+
133	Sachbeschädigung (fremde Sachen)	+
134	Sachbeschädigung (eigene Sachen)	+
135	Bedrohliches Verhalten	+
136	2-3 verschiedene	+
137	Mehr als 3 verschiedene	+
<i>Entweichungen während der Unterbringung</i>		
138	Keine	-
139	Einmal	+
140	Mehrmals	+
<i>Fixierungen während der Unterbringung</i>		
141	Keine	-
142	Einmal	+
143	Mehrmals	+
<i>Alkoholmissbrauch während der Unterbringung</i>		
144	Kein	-
145	Einmal	+
146	Mehrmals	+
<i>Opiatmissbrauch während der Unterbringung</i>		
147	Kein	-
148	Einmal	+
149	mehrmals	+
<i>Sonstiger Substanzmissbrauch während der Unterbringung</i>		
150	Kein	-
151	Einmal	+
152	Mehrmals	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

KRANKHEITSANAMNESE		
Nr.	Variable^a	H₁^b
<i>Medikamentöse Behandlung bei Aufnahme in der Ambulanz</i>		
153	Antidementiv	-
154	Antidepressiv	-
155	Antimanisch	-
156	Anxiolytisch	-
157	Phasenprophylaktisch	-
158	Antipsychotisch	-
159	Sedierend	-
160	Triebdämpfend	-
161	Anti-Craving	-
162	Opiatsubstituierend	-
163	Sonstige Medikamente	-
164	Verschiedene Medikamente	-
<i>Probleme bei der Psychopharmakotherapie (vorangegangene Unterbringung)</i>		
165	Mangelnde Compliance	+
166	Erhebliche Nebenwirkungen	+
167	Therapieresistenz/mangelnde Wirkung	+
168	Injektion gegen den Willen des Patienten erforderlich	+
<i>Psychotherapeutische Methoden (vorangegangene Unterbringung)</i>		
169	(kognitive) Verhaltenstherapie	-
170	Tiefenpsychologisch fundierte/psychoanalytische Verfahren	-
171	Gesprächspsychotherapie	-
172	Supportive Gespräche	-
173	Psychoedukation	-
174	Kognitives Training	-
175	Entspannungsverfahren	-
176	Spezifische Suchttherapie	-
177	Deliktspezifische Gruppentherapie	-
178	Andere psychotherapeutische Interventionen	-

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Probleme bei der Psychotherapie (vorangegangene Unterbringung)</i>	
179 Verschlechterung	+
180 Mangelnde Compliance	+
181 Therapieabbruch durch Therapeut	+
<i>Subjektiver Leidensdruck (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
182 Gering	+
183 Mittel	-
184 Hoch	-
<i>Problembewusstsein/Krankheitseinsicht (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
185 Gering	+
186 Mittel	-
187 Hoch	-
<i>Änderungsbereitschaft (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
188 Gering	+
189 Mittel	-
190 Hoch	-
<i>Fähigkeit zu Introspektion und Selbstkritik (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
191 Gering	+
192 Mittel	-
193 Hoch	-
<i>Offenheit (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
194 Gering	+
195 Mittel	-
196 Hoch	-

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Andere therapeutische Maßnahmen (in vorheriger Unterbringung)</i>	
197 Arbeitstherapie	-
198 Beschäftigungstherapie	-
199 Kunsttherapie	-
200 Musiktherapie	-
201 Sonstige kreative Verfahren	-
202 Physiotherapie	-
203 Sporttherapie	-
<i>Suizidversuch in der Vorgeschichte</i>	
204 Kein Suizidversuch bekannt	-
205 Sicher gefährlicher Suizidversuch in der Vorgeschichte	+
206 Sonstiger Suizidversuch in der Vorgeschichte	+
207 Selbstverletzung ohne Suizidabsicht in der Vorgeschichte	+
208 Anzahl vorheriger allgemeinspsychiatrischer Behandlungen (m)	+
209 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (m)	-
<i>Art der aktuellen psychischen Störung (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
210 Erstmaliges Auftreten einer psychischen Störung	-
211 Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	-
212 Fortdauer eines lang bestehenden Zustands	+
213 Verschlechterung eines chronischen Zustands	+
214 Deutliche Abweichung von früheren Zuständen	+
<i>Sexuelle Auffälligkeiten/Störungen (bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>	
215 Opfer sexuellen Missbrauchs	+
216 Sexuelle Funktionsstörung	+
217 Störung der sexuellen Identität	+
218 Störung der sexuellen Präferenz	+
219 Psychosexuelle Retardierung	+
220 Psychische Störungen bei Familienangehörigen ersten Grades bekannt	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Psychiatrische Hauptdiagnose (gem. ICD-10 bei Aufnahme in die Ambulanz)</i>		
221	F0 – Organisch bedingte psychische Störung	+
222	F1 – Störungen durch psychotrope Substanzen	+
223	F2 – Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis	-
224	F3 – affektive Störung	-
225	F4 – Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	-
226	F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	-
227	F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	+
228	F7 – Intelligenzminderungen	+
229	F8 – Entwicklungsstörungen	-
230	F9 – Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	+
231	Psychiatrische Zweitdiagnose/Komorbidität vorhanden	+
Dynamische Variablen/Faktoren (Verlaufsdokumentation) bezogen auf die letzten sechs Monate		
SOZIALES UMFELD		
Nr.	Variable ^a	H ₁ ^b
<i>Familienstand</i>		
1	Alleinstehend	+
2	Verheiratet/feste Partnerschaft	-
3	Geschieden/getrennt lebend/verwitwet	+
4	sonstiges	+

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Wohnsituation</i>		
5	Allein	+
6	Familie/Partner/Angehörige	+
7	Betreutes Einzelwohnen	-
8	Betreute Wohngemeinschaft	-
9	Wohnheim für psychisch Kranke	-
10	Sonstiges	+
<i>Regelmäßige Kontakte zu Familienmitgliedern</i>		
11	Keine	+
12	Zu 1-3 Familienmitgliedern	-
13	Zu mehr als 3 Familienmitgliedern	-
14	Kontakte zur Familie insgesamt vorhanden	-
<i>Freunde/regelmäßige soziale Kontakte</i>		
15	Keine	+
16	1-3 Personen	-
17	4-6 Personen	-
18	Mehr als 6 Personen	-
19	Umfeld bedenklich/kritisch eingeschätzt	+
20	Sinnvolle Freizeitaktivitäten vorhanden	-
<i>Berufliche Integration</i>		
21	Keine berufliche Tätigkeit	+
22	Tätigkeit im geschützten Umfeld	-
23	Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt	-
PERSÖNLICHKEITSINHÄRENTE EIGENSCHAFTEN		
- siehe hierzu Items „Behandlungcompliance“ [Nr. 27-29], „kritische/deliktnahe/auffällige Verhaltensweisen“ [Nr. 25], „psychopathologische Entwicklung“ [Nr. 30-32] und „subjektive Zukunftsplanung“ [Nr. 36] -		

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

AKTUELLE INSTITUTIONELLE ANPASSUNG		
- siehe hierzu auch Items „Behandlungcompliance“ [Nr. 27-29] und „Substanzmissbrauch“ [Nr. 33-35] -		
Nr.	Variable^a	H₁^b
24	„Time at risk“ (legalbewährte Zeit seit der bedingten Entlassung) (m)	-
25	(Jegliche kritische/deliktnahe) auffällige Verhaltensweisen beobachtet	+
26	Krisenintervention durchgeführt	+
PSYCHOPATHOLOGISCHER STATUS		
Nr.	Variable^a	H₁^b
<i>Behandlungcompliance</i>		
27	Gut	-
28	Mittel	-
29	Schlecht	+
<i>Psychopathologische Entwicklung</i>		
30	Zustand verbessert	-
31	Zustand stabil	-
32	Zustand verschlechtert	+
<i>Substanzmissbrauch</i>		
33	Gesicherte Fälle	+
34	Verdachtsmomente	+
35	Keinerlei Verdacht	-
ZUKUNFTSPERSPEKTIVE		
Nr.	Variable^a	H₁^b
36	Realistische Zukunftspläne subjektiv vorhanden	-

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle C

<i>Externe Einschätzung der Chancen auf mittelfristige soziale (private) Integration</i>		
37	Gut	-
38	Mittel	-
39	schlecht	+
<i>Externe Einschätzung der Chancen auf mittelfristige berufliche Integration</i>		
40	Gut	-
41	Mittel	-
42	schlecht	+
43	Weitere Nachsorge aus psychopathologischen Gründen notwendig	+
44	Weitere Nachsorge aus Gründen der Rückfallgefahr notwendig	+

Anmerkungen. (m): metrische Variable. Alle anderen, nicht weiter gekennzeichneten, Variablen sind kategorial.

^a: *kursiv*: mehrfach gestufte kategoriale Variablen, deren Faktorstufen als (darunter aufgelistete, nummerierte) dichotome Dummy-Variablen in die Analysen einbezogen wurden. Für per se dichotome Variablen ist eine der beiden Faktorstufen mit Richtungshypothese in Klammern angegeben.

^b: Hypothese zur Richtung des Zusammenhangs mit deliktischer Rückfälligkeit:
 +: Beim Vorliegen der Variable/Faktorstufe wird eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit angenommen, d. h. bei rückfälligen Probanden wird eine überzufällig erhöhte Vorliegen der Ausprägung angenommen. Für metrische Variablen wird bei „+“ angenommen, dass mit steigendem Wert der Variable die Rückfallwahrscheinlichkeit ansteigt, rückfällige Probanden hier also erhöhte Werte vorweisen sollten. -: umgekehrt analog zu +.

Anhang D

Fragebogen zur Basisdokumentation (BADO)

*Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen
für Maßregelvollzugspatienten im Freistaat Bayern*

- Basisdokumentation (BADO) -

☐ = nur eine Nennung möglich ☐ = Mehrfachnennungen möglich ... = Klartextangabe erforderlich

Allgemeine Informationen

<p>_____ _____ _____ _____ _____ </p> <p>1. Code des Patienten</p> <p>.....●.....●.....</p> <p>3. Dokumentationszeitpunkt (tt.mm.jjjj)</p>	<p>..... Jahre</p> <p>2. Aktuelles Alter (in Jahren)</p>																					
<p>4. Geschlecht</p> <p><input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich</p>																						
<p>5. Familienstand</p> <p><input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden</p> <p><input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> unbekannt / unklar</p>																						
<p>6. Staatsangehörigkeit</p> <p><input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere:</p>																						
<p>7. Ursprüngliches Herkunfts-Bundesland</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="radio"/> Baden-Württemberg</td> <td><input type="radio"/> Bayern</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Berlin</td> <td><input type="radio"/> Brandenburg</td> <td><input type="radio"/> Bremen</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Hamburg</td> <td><input type="radio"/> Hessen</td> <td><input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Niedersachsen</td> <td><input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen</td> <td><input type="radio"/> Rheinland-Pfalz</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Saarland</td> <td><input type="radio"/> Sachsen</td> <td><input type="radio"/> Sachsen-Anhalt</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Schleswig-Holstein</td> <td><input type="radio"/> Thüringen</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ausland</td> <td><input type="radio"/> unbekannt/unklar</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bayern		<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz	<input type="radio"/> Saarland	<input type="radio"/> Sachsen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt	<input type="radio"/> Schleswig-Holstein	<input type="radio"/> Thüringen		<input type="radio"/> Ausland	<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bayern																					
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Bremen																				
<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern																				
<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz																				
<input type="radio"/> Saarland	<input type="radio"/> Sachsen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt																				
<input type="radio"/> Schleswig-Holstein	<input type="radio"/> Thüringen																					
<input type="radio"/> Ausland	<input type="radio"/> unbekannt/unklar																					
<p>8. Bundesland des letzten Wohnorts (nur falls abweichend vom Herkunfts-Bundesland)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="radio"/> Baden-Württemberg</td> <td><input type="radio"/> Bayern</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Berlin</td> <td><input type="radio"/> Brandenburg</td> <td><input type="radio"/> Bremen</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Hamburg</td> <td><input type="radio"/> Hessen</td> <td><input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Niedersachsen</td> <td><input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen</td> <td><input type="radio"/> Rheinland-Pfalz</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Saarland</td> <td><input type="radio"/> Sachsen</td> <td><input type="radio"/> Sachsen-Anhalt</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Schleswig-Holstein</td> <td><input type="radio"/> Thüringen</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ausland</td> <td><input type="radio"/> unbekannt/unklar</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bayern		<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz	<input type="radio"/> Saarland	<input type="radio"/> Sachsen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt	<input type="radio"/> Schleswig-Holstein	<input type="radio"/> Thüringen		<input type="radio"/> Ausland	<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bayern																					
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Bremen																				
<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern																				
<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz																				
<input type="radio"/> Saarland	<input type="radio"/> Sachsen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt																				
<input type="radio"/> Schleswig-Holstein	<input type="radio"/> Thüringen																					
<input type="radio"/> Ausland	<input type="radio"/> unbekannt/unklar																					

9. Zuständige(r) Ansprechpartner(in) in der forensisch-psychiatrischen Ambulanz

Name, Vorname

Funktionsbezeichnung (z.B. Stationsarzt)

Station /Abteilung

Telefonnummer

E-mail

10. Zuständige Klinik

- ☐ BK Ansbach ☐ BK Bayreuth ☐ Klinikum am Europakanal Erlangen
☐ Inn-Salzach-Klinikum Gattersee ☐ BK Günzburg ☐ BK Kaufbeuren
☐ BK Lohr a. M. ☐ BK Mainkofen ☐ IAK Klinikum München-Ost
☐ BK Parsberg ☐ BK Regensburg ☐ IAK Klinik Taufkirchen (Vils)
☐ BK Werneck
☐ andere:.....

Rechtliches**11. Betreuungssituation**

Wirkungskreise der Betreuung

- | | Aufenthalt | Gesundheit | Vermögen | sonstige / andere |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> keine | | | | |
| <input type="radio"/> Betreuung beantragt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Betreuung besteht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Aufhebung beantragt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> unbekannt / unklar | | | | |

12. Rechtsgrundlage der vorherigen Unterbringung / Angeordnete Maßregel

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> § 63 und § 67d StGB (Entlassung bzw. Aussetzung der Maßregel zur Bewährung nach dem Vollzug) | <input type="radio"/> § 63 StGB und § 67 b StGB (Anordnung mit gleichzeitiger Aussetzung zur Bewährung) |
| <input type="radio"/> § 64 und § 67d StGB (Entlassung bzw. Aussetzung der Maßregel zur Bewährung nach dem Vollzug) | <input type="radio"/> § 64 StGB und § 67 b StGB (Anordnung mit gleichzeitiger Aussetzung zur Bewährung) |
| <input type="radio"/> § 126 a StPO und § 116 Abs. 3 StPO (Aussetzung der einstweiligen Unterbringung, verbunden mit der Anweisung zur Betreuung durch eine forensisch-psychiatrische Ambulanz) | |

13. Schuldunfähigkeit / erheblich verminderte Schuldfähigkeit im Anlassdelikt

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> § 20 StGB (Schuldunfähigkeit) | <input type="radio"/> § 21 StGB (erheblich verminderte Schuldfähigkeit) | <input type="radio"/> trifft nicht zu |
|---|---|---------------------------------------|

14. Freiheitsstrafe aus dem/n Anlassdelikt(en)

☐ nein

☐ ja: Höhe der Freiheitsstrafe?

___|___ Jahre ___|___ Monate

oder

☐ lebenslange Freiheitsstrafe

☐ unbekannt / unklar

15. Anlassdelikt(e): Juristische Bewertung

1. Tatbestand:

..... § ___|___|___ StGB

2. Tatbestand:

..... § ___|___|___ StGB

3. Tatbestand:

..... § ___|___|___ StGB

☐ sonstige:

.....

☐ unbekannt / unklar

16. Art des Anlassdelikts / der Anlassdelikte: Kategoriale Bewertung

☐ Tötungsdelikt

☐ Körperverletzung

☐ Sexualdelikt

☐ Raub / räuberische Erpressung

☐ Brandstiftung

☐ Betrug / Diebstahl

☐ Verkehrsdelikt

☐ Verstoß gegen das BtMG

☐ sonstiges:

.....

17. Primäres Motiv für das Anlassdelikt

☐ Ausagieren aggressiver Impulse

☐ sexueller Lustgewinn

☐ materielle Bereicherung

☐ (wahnbedingte) Situationsverkenntung

☐ gruppendynamisches Geschehen

☐ sonstiges:

☐ Beschaffungskriminalität

.....

☐ unbekannt / unklar

18. Beziehung zum Tatopfer / zu den Tatopfern des Anlassdelikts / der Anlassdelikte

☐ entfällt / keine Person geschädigt

☐ (intime) Partnerschaft

☐ Bekanntschaft

☐ anonymes Opfer

☐ unbekannt / unklar

19. Tatverhalten beim Anlassdelikt

☐ Wiederholungstat (mind. 2 Fälle)

☐ Gruppindelikt

☐ Tatvorbereitung / -planung

☐ Tatankündigung

☐ unbekannt / unklar

20. Blutalkoholkonzentration zur Tatzeit des Anlassdelikts

☐ nein

☐ ja: BAK: _____, _____ ‰

☐ unbekannt / unklar

21. Drogen- / Medikamentenintoxikation zur Tatzeit des Anlassdelikts

☐ nein

☐ Opiate

☐ Kokain

☐ Amphetamine

☐ Halluzinogene

☐ Sedativa / Hypnotika

☐ Cannabinoide

☐ sonstige:

.....

☐ unbekannt / unklar

22. Rechtskraft des Urteils

Urteil rechtskräftig seit dem (tt.mm.jjjj):

.....●.....●.....

☐ unbekannt / unklar

23. Eingangsmerkmal im Sinne der §§ 20 / 21

☐ krankhafte seelische Störung

☐ tiefgreifende Bewusstseinsstörung

☐ Schwachsinn

☐ schwere andere seelische Abartigkeit

☐ trifft nicht zu

☐ unbekannt / unklar

24. Datum der letzten Tat(en)

Letzte(s) Anlassdelikt(e) am (tt.mm.jjjj):

.....●.....●.....

☐ unbekannt / unklar

25. Vorwegvollzug der Freiheitsstrafe oder Unterbrechung der Maßregel

☐ entfällt / trifft nicht zu

☐ ja: Dauer des Vorweg- / Zwischenvollzugs?

(ca.) ____ Jahre ____ Monate

☐ unbekannt / unklar

26. Dauer der vorherigen Unterbringung in der Maßregel

☐ entfällt (Aussetzen d. Maßregel zur Bewährung mit Anordnung)

☐ ja: Dauer der stationären Unterbringung (ggf. einschließlich vorheriger einstweiliger Unterbringung gemäß § 126 a StPO):

(ca.) ____ Jahre ____ Monate

☐ unbekannt / unklar

26a. Datum der bedingten Entlassung (bei § 67 d) bzw. der Anordnung bei § 67 b

.....●.....●..... (tt.mm.jjjj)

27. Anzahl der Vorstrafen

Vorherige Verurteilungen (ohne das Anlassdelikt)

laut Auszug aus dem BZR:

__|__

☐ unbekannt / unklar**28. Art der Vorstrafen**☐ Tötungsdelikt☐ Körperverletzung☐ Sexualdelikt☐ Raub / räuberische Erpressung☐ Brandstiftung☐ Betrug / Diebstahl☐ Verkehrsdelikt☐ Verstoß gegen das BtMG☐ sonstiges:

.....

☐ unbekannt / unklar**29. Gesamte Haftdauer**

Gesamtdauer freiheitsentziehender Maßnahmen (einschließlich der aktuellen Unterbringung)

laut Auszug aus dem BZR:

(ca.) __|__ Jahre __|__ Monate

☐ unbekannt / unklar**30. Alter bei der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit**

Alter (notfalls geschätzt):

__|__ Jahre

☐ unbekannt / unklar**Biographisches****31. Muttersprache**☐ Deutsch☐ andere, aber gute deutsche Sprachkenntnisse (Verständigung problemlos möglich)☐ andere, mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen☐ sprachl. Verständigung aus and. Gründen unmöglich oder erschwert (gehörlos, aphonisch, o.ä.)☐ unbekannt / unklar**32. Migrationserlebnis**☐ nein☐ ja: seit welchem Jahr in Deutschland?

(ca.) __|__|__|__

☐ unbekannt / unklar**33. Sozialisation**

Bis zum 15. Lebensjahr mindestens ½ Jahr lang aufgewachsen ...

☐ bei den Eltern☐ bei einem Elternteil☐ bei Pflegeeltern☐ bei Verwandten☐ in einem Heim☐ unbekannt / unklar

34. Familiäre Belastungen während der Kindheit (bis zum 15. Lebensjahr)

- ☐ keine
☐ Scheidung / Trennung ☐ Delinquenz ☐ Sucht
☐ Gewalttätigkeit
☐ unbekannt / unklar

35. Auffälligkeiten in der Kindheit (bis zum 15. Lebensjahr)

- ☐ keine
☐ Entwicklungsverzögerung ☐ Verhaltensstörung(en) ☐ Alkoholmissbrauch
☐ Drogen- / Medikamentenmissbrauch ☐ ZNS-Schädigung (traumatisch oder krankheitsbedingt)
☐ unbekannt / unklar

36. Höchster erreichter Schulabschluss

- ☐ kein Abschluss
☐ Sonderschulabschluss
☐ Hauptschulabschluss
☐ Qualifizierender Hauptschulabschluss
☐ Polytechnische Oberschule
☐ Mittlere Reife (auch Handelsfach- oder Wirtschaftsschule)
☐ (Fach-)Abitur
☐ unbekannt / unklar

37. Höchster erreichter Berufsabschluss / höchste erreichte Berufsausbildung

- ☐ keine(r) oder nur angelernt

Abgeschlossen

Abgebrochen

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | Lehre / Ausbildung | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | Fach- / Meisterschule | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | (Fach-) Hochschule | <input type="radio"/> |
- ☐ unbekannt / unklar

38. Derzeitig (oder zuletzt) ausgeübter Beruf

- ☐ un- / angelernter Arbeiter
☐ Facharbeiter / unselbständiger Handwerker
☐ einfacher Angestellter / Beamter
☐ mittlerer Angestellter / Beamter im mittleren Dienst
☐ höher qualifizierter Angestellter / Beamter im gehobenen Dienst
☐ hoch qualifizierter Angestellter / Beamter im höheren Dienst
☐ selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleine Betriebe)
☐ selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlere Betriebe)
☐ selbständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
☐ in Ausbildung / in Lehre / nie erwerbstätig
☐ unbekannt / unklar

Behandlungsverlauf**39. Indikation für Psychopharmaka**

☐ keine oder nur Bedarfsmedikation

☐ Anti-*Craving*

☐ antidementiv

☐ antidepressiv

☐ antimanisch

☐ antipsychotisch

☐ anxiolytisch

☐ Opiat-substituierend

☐ phasenprophylaktisch

☐ sedierend

☐ triebdämpfend

☐ sonstige:

.....

☐ unbekannt / unklar

40. Probleme bei der Psychopharmakotherapie

☐ entfällt (keine Medikamente)

☐ keine besonderen Probleme

☐ Therapieresistenz / mangelnde Wirkung

☐ erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkung

☐ mangelnde *Compliance* des Patienten

☐ Injektion gegen den Willen des Patienten

☐ sonstige

☐ unbekannt / unklar

41. Psychotherapie

☐ keine

Durchgeführt:

☐ Supportive Psychotherapie

☐ (Kognitive) Verhaltenstherapie

☐ Kognitive Rehabilitation (kognitives Training)

☐ Psychoedukation

☐ Spezifische Suchttherapie

☐ Gesprächspsychotherapie

☐ Entspannungstherapie

☐ Tiefenpsychologisch fundierte / analytische Therapie

☐ Delikt spezifische Gruppentherapie

andere:

.....

42. Probleme bei der Psychotherapie

☐ keine / entfällt

☐ Verschlechterung

☐ mangelnde *Compliance*

☐ Abbruch (durch Therapeut)

☐ sonstige:

.....

☐ unbekannt / unklar

43. Bereitschaft zur Psychotherapie			
<input type="radio"/> entfällt, da keine Psychotherapie	gering	mittel	hoch
subjektiver Leidensdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problembewusstsein / Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderungsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit zur Introspektion und Selbstkritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> unbekannt / unklar			
44. Andere therapeutische Maßnahmen			
<input type="radio"/> keine			
<input type="checkbox"/> Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/> Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/> Beschäftigungstherapie	
<input type="checkbox"/> Mal- / Kunsttherapie	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/> sonstige kreative Verfahren	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Sporttherapie		
<input type="checkbox"/> sonstige:			
<input type="radio"/> unbekannt / unklar			
45. Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte			
<input type="radio"/> keiner			
<input type="checkbox"/> sicher gefährlicher Suizidversuch	<input type="checkbox"/> sonstiger Suizidversuch	<input type="checkbox"/> vorsätzliche Selbstverletzung ohne Suizidabsicht	
<input type="radio"/> unbekannt / unklar			
46. Bedrohungen / Tötlichkeiten während der vorherigen Unterbringung			
<input type="radio"/> entfällt (Aussetzen d. Maßregel zur Bewährung mit Anordnung)	Gegen		
<input type="radio"/> keine	Personal	Mitpatienten	
<input type="checkbox"/> sexuell-motivierter Übergriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Geiselnahme (auch versuchte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> schwere Körperverletzung / Waffengebrauch o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen			
<input type="checkbox"/> nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> unbekannt / unklar			
47. Entweichung(en) während der vorherigen Unterbringung			
<input type="radio"/> entfällt (Aussetzen d. Maßregel zur Bewährung mit Anordnung)			
<input type="radio"/> keine			
<input type="radio"/> einmal			
<input type="radio"/> mehrmals: Anzahl: (ca.).....			
<input type="radio"/> unbekannt / unklar			

48. Fixierung(en) / Isolierung(en) während der vorherigen Unterbringung

- ☐ entfällt (Aussetzen d. Maßregel zur Bewährung mit Anordnung)
- ☐ keine
- ☐ einmal
- ☐ mehrmals: Anzahl:
(ca.).....
- ☐ unbekannt / unklar

49. Sonstige Vorkommnisse (Unfälle, Diebstähle, Brandstiftungen, etc.) während der vorherigen Unterbringung:

.....

.....

- ☐ entfällt (Aussetzen d. Maßregel zur Bewährung mit Anordnung)

50. Substanzmissbrauch während der vorherigen Unterbringung

- ☐ entfällt (Aussetzen d. Maßregel zur Bewährung mit Anordnung)
- ☐ keiner

- | | Substanz | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------|
| | Alkohol | Opiate | andere: |
| <input type="radio"/> einmal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="radio"/> mehrmals: Anzahl:
(ca.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
- ☐ unbekannt / unklar

51. Frühere (teil-)stationäre Behandlungen in allgemeinspsychiatrischen Kliniken

Anzahl (notfalls geschätzt):

(ca.).....

- ☐ unbekannt / unklar

52. Frühere Anordnungen einer Maßregel nach § 63 oder § 64 StGB

Anzahl (notfalls geschätzt):

.....

- ☐ unbekannt / unklar

Krankheitsanamnese**53. Alter bei erster Manifestation einer psychischen Auffälligkeit**

Alter (notfalls geschätzt):

__|__ Jahre

- ☐ unbekannt / unklar

Wohnsituation**62. Wohnung**

- ☐ eigenständig / allein ☐ mit Familie / Angehörigen / Partner(in) ☐ betreutes Einzelwohnen
- ☐ betreute Wohngemeinschaft ☐ Wohnheim für psychisch Kranke
- ☐ Sonstiges:
.....
- ☐ unbekannt / unklar

Bewährungsaufgaben (bitte in Stichpunkten benennen):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Platz für zusätzliche Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anhang E

Clinical Global Impression (CGI)

**Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen
für Maßregelvollzugspatienten im Freistaat Bayern**

- CGI (Clinical Global Impression): Deutsche Fassung –

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> 1. Code des Patienten	..... Jahre Aktuelles Alter (in Jahren)
.....●.....●..... 3. Dokumentationszeitpunkt (tt.mm.jjjj)	

1. Schweregrad der Krankheit	2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung*
Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.	Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem des letzten Erhebungszeitpunkts und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat.
① Nicht beurteilbar.	① Nicht beurteilbar.
① Patient ist überhaupt nicht krank.	① Zustand ist sehr viel besser.
② Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.	② Zustand ist viel besser.
③ Patient ist nur leicht krank.	③ Zustand ist nur wenig besser.
④ Patient ist mäßig krank.	④ Zustand ist unverändert.
⑤ Patient ist deutlich krank.	⑤ Zustand ist etwas schlechter.
⑥ Patient ist schwer krank.	⑥ Zustand ist viel schlechter.
⑦ Patient gehört zu den extrem schwer Kranken.	⑦ Zustand ist sehr viel schlechter.

*: Erst ab Erhebungszeitpunkt 2!

Anhang F

Global Assessment of Functioning (GAF)

Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen für Maßregelvollzugspatienten im Freistaat Bayern

- GAF (Global Assessment of Functioning): Deutsche Fassung -

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> 1. Code des Patienten	..... Jahre 2. Aktuelles Alter (in Jahren)
..... ● ● 3. Dokumentationszeitpunkt (tt.mm.jjjj)	

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Beachten Sie: Zwischenwerte sollen ausdrücklich benutzt werden. Bitte tragen Sie den Ihres Erachtens angemessenen Wert in das entsprechende Kästchen auf der linken Seite ein.

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 40px;"> 100 | 91 </div>	<p>Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 40px;"> 90 | 81 </div>	<p>Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen.</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 40px;"> 80 | 71 </div>	<p>Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 40px;"> 70 | 61 </div>	<p>Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit; hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.</p>

<input type="text"/>	60 | 51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
<input type="text"/>	50 | 41	Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER starke Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
<input type="text"/>	40 | 31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten).
<input type="text"/>	30 | 21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
<input type="text"/>	20 | 11	Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
<input type="text"/>	10 | 1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

Anhang G

Historical, Clinical and Risk Management – Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20)

Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen für Maßregelvollzugspatienten im Freistaat Bayern

– History Clinical Risk-20 (HCR-20): Deutsche Fassung –

<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> </div> 1. Code des Patienten	.....Jahre 2. Aktuelles Alter (in Jahren)
.....●.....●..... 3. Dokumentationszeitpunkt (tt.mm.jjjj)	

(Für jedes Item bitte die am ehesten zutreffende Ausprägung ankreuzen. Die Antwortalternative 9 = unbekannt ist nur in Ausnahmefällen anzukreuzen, wenn trotz intensiver Suche keine gesicherten Erkenntnisse zu dem jeweiligen Punkt gefunden werden.)

Historische Items (Vergangenheit)	
H 1	Frühere Gewaltanwendung
	<input type="radio"/> keine frühere Gewalttätigkeit <input type="radio"/> mögliche oder weniger gravierende frühere gewalttätige Handlungen (ein oder zwei mäßig gewalttätige Handlungen) <input type="radio"/> fortgesetzte oder schwerwiegende frühere Gewaltanwendung (drei oder mehr Handlungen, die als mäßig gewalttätig zu bezeichnen sind oder jede Art von schwerer oder erheblicher früherer Gewalttätigkeit) <input type="radio"/> unbekannt
H 2	Geringes Alter bei 1. Gewalttat
	<input type="radio"/> bei erstem Gewaltdelikt älter als vierzig Jahre <input type="radio"/> erstes Gewaltdelikt im Alter von 20 bis 39 Jahren <input type="radio"/> erstes Gewaltdelikt vor dem 20. Lebensjahr <input type="radio"/> unbekannt
H 3	Instabile Beziehungen
	<input type="radio"/> insgesamt stabile und konfliktarme partnerschaftliche Beziehung(en) <input type="radio"/> mäßig konflikthafte oder häufiger wechselnde Partnerschaften ODER noch keine Partnerschaft eingegangen und jünger als 30 Jahre <input type="radio"/> instabile, hoch konflikthafte oder rasch wechselnde Beziehungen ODER noch keine Partnerschaft eingegangen bei einem Alter von über 30 Jahren <input type="radio"/> unbekannt

H 4	Probleme im Arbeitsbereich
①	keine Probleme im Bereich Arbeit / Beruf
①	Probleme im Bereich der Arbeit sind wahrscheinlich bzw. in leichter Ausprägung unverkennbar
②	gravierende und überdauernde Probleme im Arbeitsbereich
⑨	unbekannt
H 5	Substanzmissbrauch
①	keine Probleme mit legalen oder illegalen Substanzen (Alkohol, Medikamente, Rauschmittel).
①	mögliche oder mäßig gravierende Probleme mit psychotropen Substanzen
②	schwere Substanzproblematik
⑨	Unbekannt
H 6	(gravierende) seelische Störung
①	keine psychiatrische Erkrankung nachweisbar
①	anamnestisch oder aktuell Verdacht auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung bzw. gesichertes Vorliegen einer leichteren psychiatrischen Erkrankung
②	schwerwiegende psychiatrische Erkrankung aktuell oder in der Vorgeschichte ist gesichert
⑨	unbekannt
H 7	Psychopathy (PCL-Score, geschätzt)
①	PCL-R-Score < 20 Punkte (PCL-SV-Score < 13 Punkte)
①	PCL-R-Score zwischen 20 und 29 Punkten (PCL-SV-Score zwischen 13 und 17 Punkten)
②	PCL-R-Score > 29 Punkte (PCL-SV-Score > 17 Punkte)
⑨	unbekannt
H 8	Frühe Fehlanpassung
①	keine frühen Verhaltensauffälligkeiten
①	mäßige Probleme / Fehlverhaltensweisen im schulischen, familiären oder sozialen Bereich
②	Gravierende Probleme / Verhaltensstörungen vor dem 15. Lebensjahr
⑨	unbekannt
H 9	Persönlichkeitsstörung
①	kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10
①	eine Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10 ist wahrscheinlich oder nicht allzu schwerwiegend
②	es liegt eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10 vor
⑨	unbekannt

H 10	Frühere Verstöße gegen Auflagen
①	kein Hinweis auf früheres Fehlverhalten in Betreuungs- oder Bewährungssituationen
①	Verdacht auf entsprechende gravierende Verhaltensentgleisungen in Betreuungs- oder Bewährungssituationen oder mäßige Verstöße bzw. weniger schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten
②	Gesichertes schwerwiegendes Fehlverhalten in Betreuungs- oder Bewährungssituationen
⑨	unbekannt
Klinische Items (Gegenwart)	
C 1	Mangel an Einsicht
①	kein Mangel an Einsicht
①	fragliche oder nur in Teilaspekten vorhandene Einsicht
②	keine Einsicht
⑨	unbekannt
C 2	Negative Einstellungen
①	kein Hinweis auf negative Einstellungen
①	fragliche oder mäßig negative und/oder antisoziale Einstellungen
②	ausgesprochen negative und/oder antisoziale Einstellungen
⑨	unbekannt
C 3	Aktive Symptome
①	keine produktiven Symptome vorhanden
①	Produktive Symptome sind nicht auszuschließen oder können in milder Form festgestellt werden
②	eindeutige und schwerwiegende produktive Symptome sind unverkennbar
⑨	unbekannt
C 4	Impulsivität
①	keine Impulsivität
①	nicht ausschließbare oder mäßig ausgeprägte Impulsivität
②	eindeutige und erhebliche Impulsivität
⑨	unbekannt
C 5	Fehlender Behandlungserfolg
①	gutes Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen
①	fragliches oder nur partielles Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen
②	Unbefriedigendes oder fehlendes Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen
⑨	unbekannt

Items zum Risikomanagement (Zukunft)	
R 1	Fehlen realisierbarer Pläne
①	angemessene und erfolgversprechende Zukunftsplanung
②	fragliche oder nur teilweise aussichtsreiche Zukunftsplanung
③	unrealistische Zukunftsplanung, Planung nicht durchführbar
④	unbekannt
R 2	Destabilisierende Einflüsse
①	Ein Einfluss destabilisierender Faktoren ist unwahrscheinlich, voll kompensierbar oder irrelevant
②	möglicher bzw. mäßig gravierender Einfluss destabilisierender Faktoren, Risikofaktoren können teilweise kompensiert werden
③	Gravierende destabilisierende Faktoren sind gegeben und nicht kompensierbar
④	unbekannt
R 3	Mangel an Unterstützung
①	stützende und hilfreiche persönliche Beziehungen sind ausreichend vorhanden
②	fragliche oder nur teilweise ausreichend erscheinende stützende persönliche Beziehungen
③	Mangel an hilfreichen und stützenden Kontakten und Beziehungen
④	unbekannt
R 4	Fehlende <i>Compliance</i>
①	Voraussichtlich werden empfohlene Nachsorge- und Behandlungsmaßnahmen akzeptiert und zuverlässig befolgt werden; gute <i>Compliance</i>
②	die empfohlenen Maßnahmen werden möglicherweise oder zu einem gewissen Grad mitgetragen werden, unter Umständen nicht immer zuverlässig; mäßige <i>Compliance</i>
③	es ist kaum zu erwarten, dass eine ausreichende Akzeptanz für die empfohlenen Maßnahmen besteht oder der Proband ist unzuverlässig; mangelhafte <i>Compliance</i>
④	unbekannt
R 5	Stressoren
①	der Proband wird wahrscheinlich keinen bedeutsamen Stressoren ausgesetzt sein
②	mäßig belastende Stressoren sind zu erwarten
③	gravierende Stressoren sind sicher vorhersehbar
④	unbekannt

Anhang H

Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)

**Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen
für Maßregelvollzugspatienten im Freistaat Bayern**

- Sexual Violence Risk-20 (SVR-20): Deutsche Fassung –

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> | | | | | </div> 1. Code des Patienten	.....Jahre 2. Aktuelles Alter (in Jahren)
.....●.....●..... 3. Dokumentationszeitpunkt (tt.mm.jjjj)	

(Für jedes Item bitte die am ehesten zutreffende Alternative ankreuzen. Die Antwortalternative 9 = unbekannt ist nur in Ausnahmefällen anzukreuzen, wenn trotz intensiver Suche keine gesicherten Erkenntnisse zu dem jeweiligen Punkt gefunden werden.)

A. Psychosoziale Anpassung	
1.	Sexuelle Deviation
①	keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation
②	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation
③	konkrete und vollständige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation
④	unbekannt
2.	Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung
①	keine Anhaltspunkte für die Erfahrung von schwerer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung als Kind
②	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte für die Erfahrung von schwerer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung als Kind
③	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte für die Erfahrung von schwerer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung als Kind
④	unbekannt
3.	Psychopathy (PCL-Score, geschätzt)
①	PCL-R-Score < 20 Punkte (PCL-SV-Score < 13 Punkte)
②	PCL-R-Score zwischen 20 und 29 Punkten (PCL-SV-Score zwischen 13 und 17 Punkten)
③	PCL-R-Score > 29 Punkte (PCL-SV-Score > 17 Punkte)
④	unbekannt

4.	gravierende seelische Störung
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens unter einer gravierenden seelischen Krankheit gelitten hat oder noch leidet
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens unter einer gravierenden seelischen Krankheit gelitten hat oder noch leidet
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens unter einer gravierenden seelischen Krankheit gelitten hat oder noch leidet
⑨	unbekannt
5.	Substanzproblematik
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens ernsthafte Probleme wegen seines Substanzmissbrauchs gehabt hat
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens ernsthafte Probleme wegen seines Substanzmissbrauchs gehabt hat
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens ernsthafte Probleme wegen seines Substanzgebrauchs gehabt hat
⑨	unbekannt
6.	Selbst- / Fremdtötungsgedanken
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens Suizid- oder Tötungsvorstellungen hatte
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens Suizid- oder Tötungsvorstellungen hatte
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens Suizid- oder Tötungsvorstellungen hatte
⑨	unbekannt
7.	Beziehungsprobleme
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Intimbeziehungen herstellen und aufrechterhalten konnte
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Intimbeziehungen herstellen und aufrechterhalten konnte
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Intimbeziehungen herstellen und aufrechterhalten konnte
⑨	Unbekannt

8.	Beschäftigungsprobleme
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Beschäftigungsverhältnisse gehabt hat
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Beschäftigungsverhältnisse gehabt hat
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Beschäftigungsverhältnisse gehabt hat
⑨	unbekannt
9.	Nicht-sexuelle, gewalttätige Vordelinquenz
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband eine Vorgeschichte von schwerer, nicht-sexueller Gewalt hat
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband eine Vorgeschichte von schwerer, nicht-sexueller Gewalt hat
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband eine Vorgeschichte von schwerer, nicht-sexueller Gewalt hat
⑨	unbekannt
10.	Gewaltfreie Vordelikte
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband schwerwiegendes, gewaltfreies kriminelles und „nicht-sexuelles“ Verhalten gezeigt hat
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband schwerwiegendes, gewaltfreies kriminelles und „nicht-sexuelles“ Verhalten gezeigt hat
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband schwerwiegendes, gewaltfreies kriminelles und „nicht-sexuelles“ Verhalten gezeigt hat
⑨	unbekannt
11.	Früheres Bewährungsversagen
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband in der Vergangenheit ernsthaft gegen straf- oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen hat
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband in der Vergangenheit ernsthaft gegen straf- oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen hat
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband in der Vergangenheit ernsthaft gegen straf- oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen hat
⑨	unbekannt

B. Sexualdelinquenz**12. Sexualdelinquenz in hoher Frequenz**

- ① keine Anhaltspunkte, dass der Proband hochfrequent sexuell gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, wenn er dazu die Gelegenheit hatte
- ① mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband hochfrequent sexuell gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, wenn er dazu die Gelegenheit hatte
- ② konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband hochfrequent sexuell gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, wenn er dazu die Gelegenheit hatte
- ⑨ unbekannt

13. Multiple Formen der Sexualdelinquenz

- ① keine Anhaltspunkte, dass der Proband multiple Arten von Sexualdelikten begangen hat
- ① mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband multiple Arten von Sexualdelikten begangen hat
- ② konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband multiple Arten von Sexualdelikten begangen hat
- ⑨ unbekannt

14. Verletzung der Opfer der Sexualdelikte

- ① keine Anhaltspunkte, dass der Proband bei Sexualdelikten seinem(n) Opfer(n) körperliche Verletzungen zugefügt hat
- ① mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband bei Sexualdelikten seinem(n) Opfer(n) körperliche Verletzungen zugefügt hat
- ② konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband bei Sexualdelikten seinem(n) Opfer(n) körperliche Verletzungen zugefügt hat
- ⑨ unbekannt

15. Waffengebrauch / Todesdrohung gegen Opfer

- ① keine Anhaltspunkte, dass der Proband während des Sexualdelikts Waffen oder Todesdrohungen eingesetzt hat
- ① mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband während des Sexualdelikts Waffen oder Todesdrohungen eingesetzt hat
- ② konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband während des Sexualdelikts Waffen oder Todesdrohungen eingesetzt hat
- ⑨ unbekannt

16.	Zunahme der Deliktfrequenz oder Deliktschwere
①	keine Anhaltspunkte, dass die Entwicklung der Sexualdelinquenz bei dem Probanden in Häufigkeit oder Schwere progredient verlaufen ist
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass die Entwicklung der Sexualdelinquenz bei dem Probanden in Häufigkeit oder Schwere progredient verlaufen ist
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass die Entwicklung der Sexualdelinquenz bei dem Probanden in Häufigkeit oder Schwere progredient verlaufen ist
⑨	unbekannt
17.	Extremes Bagatellisieren oder Leugnen
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband von ihm begangene sexuelle Gewalttaten extrem bagatellisiert oder leugnet
①	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband von ihm begangene sexuelle Gewalttaten extrem bagatellisiert oder leugnet
②	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband von ihm begangene sexuelle Gewalttaten extrem bagatellisiert oder leugnet
⑨	unbekannt
18.	Deliktfördernde Ansichten
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband Einstellungen beipflichtet, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen
①	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband Einstellungen beipflichtet, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen
②	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband Einstellungen beipflichtet, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen
⑨	unbekannt
C. Zukunftspläne	
19.	Fehlen realistischer Pläne
①	keine Anhaltspunkte, dass der Proband keine realistischen Zukunftspläne entwickelt und verwirklicht hat
①	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine realistischen Zukunftspläne entwickelt und verwirklicht hat
②	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine realistischen Zukunftspläne entwickelt und verwirklicht hat
⑨	unbekannt

20. Ablehnung weiterer Interventionen

- ① keine Anhaltspunkte, dass der Proband gegenüber Interventionen ablehnend eingestellt ist
- ① mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband gegenüber Interventionen ablehnend eingestellt ist
- ② konkrete und eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband gegenüber Interventionen ablehnend eingestellt ist
- ⑨ unbekannt

Anhang I

Fragebogen zur Verlaufsdokumentation (VEDO)

Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen für Maßregelvollzugspatienten im Freistaat Bayern

- Verlaufsdokumentation (VeDo) -

____|____|____|____|____ Code des Patienten Jahre Aktuelles Alter (Jahre)
---	---

Die untenstehenden Angaben sollen sich sämtlich und ausschließlich auf Tatsachen, Beobachtungen und Entwicklungen über den Patienten aus den **vergangenen sechs Monaten** beziehen.

= nur eine Nennung
möglich

☐ = Mehrfachnennungen
möglich

... = Klartextangabe
erforderlich

i. Datum des Ausfüllens des Verlaufsbogens (tt.mm.jjjj):●.....●.....

ii. Beobachtungszeitraum:●.....●..... bis●.....●.....

1. Behandlung

Anzahl der Kontakte von Personal der Ambulanz
zum Patienten insgesamt ca. Kontakte / Monat

Zeitlicher Aufwand für die Betreuung des Patienten ca. Stunden / Monat

Art der Kontakte zum Patienten	Anzahl der spezifischen Kontakte
<input type="checkbox"/> Einzeltherapie in der Ambulanz	ca. Kontakte / Monat
<input type="checkbox"/> Gruppentherapie in der Ambulanz	ca. Kontakte / Monat
<input type="checkbox"/> Telefonischer Kontakt	ca. Kontakte / Monat
<input type="checkbox"/> Hausbesuche durch Ambulanzmitarbeiter	ca. Kontakte / Monat
<input type="checkbox"/> Andere:	ca. Kontakte / Monat

Betreuung des Patienten primär durch folgende Berufsgruppe(n)

☐ Ärztin / Arzt ☐ Psychologin / Psychologe ☐ Sozialpädagoge /-arbeiter

☐ Pflegekräfte ☐ Andere:

.....

Behandlungcompliance des Patienten

- ☐ gut (hohe Einsicht in eigene Störung, engagiertes Mitarbeiten in der Therapie, eigens aufrechterhaltener Kontakt zur Ambulanz etc.)
- ☐ neutral (moderate Akzeptanz der eigenen Störung, Einhalten der Therapietermine ohne großes eigenes Engagement, weitgehend unproblematische Einnahme der Medikation etc.)
- ☐ schlecht (keine bis wenig Störungseinsicht, Nicht-Erscheinen bei vereinbarten Terminen, eher widerwillige Teilnahme am Therapieprogramm, starke Kontrollen der Medikationseinnahme nötig etc.)

Medikamentenspiegelkontrollen

☐ keine durchgeführt

☐ durchgeführt:

Anzahl: in den letzten 6 Monaten

Ergebnisse: ☐ Medikamentenspiegel im therapeutischen Bereich
☐ Medikamentenspiegel außerhalb des therapeutischen Bereichs

2. Psychopathologische Entwicklung

☐ Zustand stabil ☐ deutliche Verbesserung ☐ deutliche Verschlechterung

Psychopathologische Auffälligkeiten während der letzten 6 Monate (neue Entwicklungen):

☐ keine

☐ folgende:

.....

.....

.....

3. Legalbewährung

<input type="radio"/> § 67g StGB (Widerruf der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung; erneute stationäre Unterbringung)	Gründe:		
<input type="radio"/> aktuell erneute Strafverfolgung	Tatvorwurf:		
<input type="radio"/> § 67 h StGB (befristete Wiederinvollzugsetzung; Krisenintervention)	Anzahl der stationären Kriseninterventionen während der letzten sechs Monate:	Dauer der Krisenintervention(en): Tage Tage Tage	Gegenwärtig zur Krisenintervention stationär untergebracht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gründe für die Aufnahme(n) zur Krisenintervention:			
<input type="radio"/> Kritisches, deliktnahe Verhalten / Verdachtsmomente (ohne juristische Verfolgung)	Gezeigtes kritisches Verhalten:		
<input type="radio"/> keine Verdachtsmomente auf erneutes rechtswidriges Verhalten			

4. Substanzmissbrauch

<input type="radio"/> gesicherte Fälle von Substanzmissbrauch (positive Befunde bei Kontrollen / Screenings o. dgl.)	
Art der Substanz(en):	
Anzahl der Fälle: .....	.....
.....	
.	
<input type="radio"/> Verdachtsmomente auf Substanzmissbrauch (ohne sichere objektive Befunde)	
Art der Substanz(en):	
Anzahl der Fälle: .....	.....
.....	
.	
<input type="radio"/> keinerlei Verdacht auf Substanzmissbrauch	

5. Kontakte der Ambulanz zu anderen Einrichtungen / Behörden mit Bezug auf den Patienten

☐ Kontakte vorhanden:

Institution	Häufigkeit der Kontakte	Gründe / Inhalte der Kontakte / des Austauschs
<input type="checkbox"/> Bewährungshelfer	ca. / Monat	..........
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer	ca. / Monat	..........
<input type="checkbox"/> Wohneinrichtung	ca. / Monat	..........
<input type="checkbox"/> Arbeitsstelle	ca. / Monat	..........
<input type="checkbox"/> andere:		
.....	ca. / Monat	..........

☐ keine Kontakte vorhanden

Besteht eine Art „Helferkonferenz“, in der Belange bzgl. des Patienten thematisiert werden?

☐ Ja

Teilnehmende Parteien:

.....

Teilnahme des Patienten: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Partiiell

Durchschnittliche Frequenz der Treffen der Helferkonferenz: ca. Treffen pro Jahr

Besprochene Themen:

.....

.....

☐ Nein

6. Aktuelle Wohnsituation des Patienten

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Wohnheim für psychisch Kranke | <input type="radio"/> Betreute Wohngemeinschaft |
| <input type="radio"/> Betreutes Einzelwohnen | <input type="radio"/> Wohngemeinschaft, nicht betreut |
| <input type="radio"/> bei den Eltern / Familie | <input type="radio"/> allein |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | |

7. Soziale Integration

Familienstand / Partnerschaft aktuell

Partnerschaft:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> verheiratet | <input type="radio"/> alleinstehend |
| <input type="radio"/> geschieden | <input type="radio"/> getrennt lebend |
| <input type="radio"/> verwitwet | <input type="radio"/> feste Partnerschaft |
| <input type="radio"/> wechselnde Partnerschaften | <input type="radio"/> unbekannt |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | |

.....

Kinder:

- ☐
- Ja, Anzahl:
- ☐
- keine

Kontakte zu Familienmitgliedern

☐ Ja, folgende:

Verwandtschaftsverhältnis

Häufigkeit der Kontakte

.....	ca. Kontakte / Monat
.....	ca. Kontakte / Monat
.....	ca. Kontakte / Monat
.....	ca. Kontakte / Monat
.....	ca. Kontakte / Monat

☐ keine

Freunde / Peers / regelmäßige private Kontakte (mind. 2 Verabredungen pro Monat)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 – 3 Freunde mit regelmäßigem Kontakt | <input type="radio"/> 4 – 6 Freunde mit regelmäßigem Kontakt |
| <input type="radio"/> mehr als 6 Freunde mit regelmäßigem Kontakt | <input type="radio"/> keine Freunde |
| <input type="radio"/> Soziales Umfeld weitgehend unbekannt | |

Falls bekanntes soziales Umfeld vorhanden:

- ☐
- Umfeld unbedenklich / positiv
- ☐
- Umfeld bedenklich / zweifelhaft (Verdacht auf Rauschmittelkonsum, kriminelle oder dissoziale Aktivitäten o. dgl.)

Freizeitaktivitäten / Hobbies

☐ vorhanden:

.....

.....

☐ keine vorhanden☐ unbekannt

Eindruck bei Hausbesuchen (kurze Schilderung):

.....

.....

.....

8. Berufliche Integration

☐ Derzeit keine berufliche Tätigkeit

☐ aktuelle Tätigkeit:

.....

9. Zukunftsperspektive (hinsichtlich der kommenden sechs Monate)

Subjektive Lebensplanung des Patienten

☐ keine subjektive Angabe von mittel- oder langfristigen Pläne bezüglich beruflicher Tätigkeit, sozialer Integration und Freizeitgestaltung oder allgemeiner Lebensplanung

☐ mittel- oder langfristige Planung subjektiv vorhanden (kurze Beschreibung):

.....

.....

.....

☐ subjektive Zukunftsplanung unbekannt

Bewertung der Zukunftsperspektive durch den Bezugstherapeuten– soziale Integration

☐ gute Chancen auf positive soziale Integration und sinnvolle Freizeitgestaltung

☐ mittelmäßige Chancen auf positive soziale Integration und sinnvolle Freizeitgestaltung

☐ schlechte / keine Chancen auf positive soziale Integration und sinnvolle Freizeitgestaltung

Bewertung der Zukunftsperspektive durch den Bezugstherapeuten – berufliche Tätigkeit

☐ gute Chancen auf baldige berufliche Beschäftigung (bzw. ggf. Beibehaltung der Tätigkeit)

☐ mittelmäßige Chancen auf baldige berufliche Beschäftigung (bzw. ggf. Beibehaltung der Tätigkeit)

☐ schlechte Chancen auf baldige berufliche Beschäftigung (bzw. ggf. Beibehaltung der Tätigkeit)

Beendigung der ambulanten Betreuung

Einschätzung des Bezugstherapeuten: Ein Ende der ambulanten Nachsorge des Patienten ist frühestens zu folgendem Zeitpunkt zu erwarten: / (mm / jjjj)

Falls eine weitere ambulante Betreuung des Patienten vom Bezugstherapeuten für sinnvoll erachtet wird, kurze Begründung hierfür:

.....

.....

.....

Im Falle der Beendigung der ambulanten Betreuung des Patienten im Lauf der vergangenen sechs Monate: Grund für die Beendigung der Nachsorge (Tod / Flucht / Inhaftierung des Patienten etc. oder reguläres Ende der ambulanten Nachsorge?):

.....

.....

Subjektive Einschätzung des Bezugstherapeuten von Bedürfnis nach bzw. Profit des Patienten von der ambulanten forensisch-psychiatrischen Nachsorge

Psychopathologische Stabilität:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Beim Patienten ist ein deutliches Bedürfnis nach ambulanter Betreuung erkennbar (bzgl. der psychopathologischen Stabilität). | <input type="radio"/> Kein deutliches Bedürfnis nach Betreuung erkennbar, psychopathologische Stabilität wäre auch ohne ambulanter Betreuung zu erwarten. |
|--|---|

Strafrechtliche Rückfallgefährdung:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Hinsichtlich der deliktischen Rückfallgefährdung ist eine Sicherung/Kontrolle des Patienten durch die ambulante Nachsorge essentiell wichtig. | <input type="radio"/> Auch ohne ambulante Nachsorge wären beim Patienten eher keine deliktischen Rückfälle zu erwarten. |
|---|---|

10. Sonstiges

Platz für zusätzliche oder ergänzende Anmerkungen, Kommentare o. Ä.:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anhang K

Patienteninformation



Universität Regensburg

Abteilung für Forensische
Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Regensburg
Leiter: Prof. Dr. med. M. Osterheider

Projekt „Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern“

Patienteninformation

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Worum geht es?

Ihnen, also den Patientinnen und Patienten der forensisch psychiatrischen Ambulanzen in Bayern, soll das bestmögliche Therapieangebot gemacht werden, um eine soziale Wiedereingliederung für Sie möglichst einfach und erfolgreich zu gestalten. Deshalb wird unsere Studie durchgeführt mit dem Ziel, die Arbeit in den genannten Einrichtungen fortlaufend zu verbessern. Inhaltlich geht es in der Studie um die erstmalige flächendeckende Beschreibung und Wirksamkeitsuntersuchung der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern.

Welche Daten werden erfasst und was geschieht mit Ihren Daten?

Sofern sie der Erfassung Ihrer Daten zustimmen, erfolgt die Datenerhebung eigenständig durch Ihre/-n Bezugstherapeutin/-en in der Ambulanz. Hierfür wird z. T. auf die bestehende Patientendokumentation zurückgegriffen, z. T. werden Daten erhoben, die sich aus den Beobachtungen und Einschätzungen Ihrer/-s Bezugstherapeutin/-en ergeben. Die Datenerhebung geschieht ohne jeglichen Aufwand für Sie persönlich. Konkret werden Daten in folgenden Bereichen erhoben:

- Dokumentation mittels Fragebögen bzw. durch freie Verlaufsstellungennahmen:
 - Biographie
 - rechtliche Belange und Legalbewährung
 - aktuelle Wohnsituation
 - Kontakt der Ambulanz zu anderen Einrichtungen und Behörden
 - soziale und berufliche Integration
 - Zukunftsperspektive aus der Sicht Ihrer/-s Therapeutin/-en
 - Daten über Ihre Gesundheit: Behandlungsverlauf und Krankheitsgeschichte (Diagnose, psychopathologischer Zustand und Entwicklung, Medikamentenspiegel, ggf. Alkohol- und Drogenkontrollen)
- Einschätzung Ihres allgemeinen gesundheitlichen Zustands und Ihres Funktions- oder Leistungsniveaus auf Punkteskalen
- Einschätzung des Risikos für erneute Straftaten mit Hilfe einer strukturierten Prognose-Checkliste

Diese Daten werden ab dem jetzigen Zeitpunkt bis spätestens zum Jahr 2015 oder aber bis zum Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus der forensisch-psychiatrischen Ambulanz halbjährlich erhoben.

Zwei Mal pro Jahr werden die Fragebögen, die zur Erhebung der Daten verwendet werden, in Papierform per Post an unsere Abteilung geschickt. Dort werden die Daten in eine Computer-Datenbank eingegeben, gespeichert und ausgewertet.

Zusätzlich werden – mit Ihrer Einwilligung – in den Jahren 2012, 2014, 2016 und 2017 Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR) über Sie eingeholt. Hiermit soll belegt werden, dass es durch ambulante forensische Nachsorge zu weniger Rückfällen in die Straffälligkeit kommt, als dies ohne ambulante Betreuung bedingt entlassener Patienten aus dem Maßregelvollzug der Fall wäre. Beantragt werden die Auszüge aus dem Bundeszentralregister von einer zentralen Stelle, die von Ihrer Ambulanz und auch von unserer Forschungsabteilung unabhängig ist. An unsere Abteilung werden die Auszüge dann anonymisiert übermittelt.

Wir schützen Ihre Daten und Ihre Privatsphäre!

Es ist uns sehr wichtig, Ihre persönlichen Daten zu schützen. Damit durch niemanden herausgefunden werden kann, um welchen konkreten Patienten es bei den einzelnen Fragebögen und auch bei den BZR-Auszügen geht, werden wir wie folgt vorgehen (sog. „Pseudonymisierungsverfahren“):

Bevor die Daten in Ihrer Ambulanz erhoben werden (s. o.), wird von der Ambulanz eine Liste aller neuen Patienten im Projekt an eine zentrale, unabhängige Stelle geschickt. Auf dieser Liste befinden sich Ihre „identifizierbaren Daten“: Vor-, Nach- und Geburtsname, Geburtsort, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit. An der zentralen Stelle wird für jeden Patienten ein persönlicher Code in Form einer 5-stelligen Zufallszahl erstellt. Diese Codes werden dann an Ihre Ambulanz zurückgeschickt. Alle Daten, die dann durch Ihre/-n Bezugstherapeutin/-en erhoben werden, erhalten als Kennzeichnung ausschließlich Ihren Code. Konkrete persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum oder Adresse tauchen auf den Fragebögen bzw. in den Verlaufsstellungnahmen nicht auf. Die Daten gehen in unserer Forschungsabteilung also nur mit Codes ein, es gibt keine Möglichkeit nachzuvollziehen, von wem genau die verschiedenen Daten stammen. Die Eingabe, Speicherung und weitere Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich unter Verwendung der anonymen Codes. Zusätzlich wird die Forschungsdatenbank auf unserem PC durch ein Passwort für andere Personen als den zuständigen Projektmitarbeiter unzugänglich gemacht, die Daten in Papierform werden unter Verschluss aufbewahrt.

Von der genannten zentralen, unabhängigen Stelle werden außerdem die Auszüge aus dem BZR beantragt. Hierfür werden dem zuständigen Bundesamt Ihre benötigten persönlichen Daten aus der o. g. Liste und Ihr persönlicher Code mitgeteilt. Die Auszüge werden dann direkt an unsere Abteilung übermittelt, auch hierbei werden keine identifizierbaren Daten, sondern ausschließlich Ihr Code zur Zuordnung verwendet. Damit ist es auch für die BZR-Auszüge nicht möglich, einen Auszug einer konkreten Person zuzuordnen. Die Eingabe, Speicherung und weitere Verarbeitung der BZR-Daten erfolgt wie oben für die übrigen Daten beschrieben.

Zugang zu den Daten haben in unserer Forschungsabteilung ausschließlich der Leiter der Abteilung und der zuständige Projektmitarbeiter. Die beiden genannten Personen verpflichten sich, Ihre Daten geheim zu halten. Dies gilt auch für den zuständigen Mitarbeiter der unabhängigen Stelle, von dem die Personen-Codes erstellt und an Ihre Klinik übermittelt werden und der Ihre BZR-Auszüge beantragt.

Nach Abschluss der Studie (spätestens im Jahr 2019) werden die Fragebögen mit Ihren Daten vernichtet, so dass dann nur noch die PC-gestützten Daten in codierter Form vorliegen. Die Liste mit Ihren identifizierbaren Daten und dem zugehörigen Code, die in Ihrer Ambulanz vorliegt, wird dort sicher verwahrt und nach der letzten Datenerhebung (spätestens im Jahr 2016) gelöscht. Die Liste mit Ihren identifizierbaren Daten und Ihrem Code an der genannten unabhängigen zentralen Stelle wird nach letztmaligem Einholen der BZR-Auszüge (spätestens 2019) gelöscht.

Ihre Daten werden ausschließlich für das genannte Forschungsprojekt genutzt und in keinem Fall an Dritte weiter gegeben. Für die Auswertung und Weiterverarbeitung der Daten (die anhand der genannten Codes erfolgt) sind Ihre konkreten identifizierbaren Daten für uns nicht von Interesse. Wir werden keine Daten von einzelnen Patienten untersuchen, sondern ausschließlich Daten von Patienten-gruppen (nach Deliktart, Störungsbildern, einzelnen Kliniken usw.) bzw. Daten des Gesamtkollektivs aller erfassten Patienten auswerten.

Zur Optimierung Ihrer Behandlung brauchen wir Ihre Mitarbeit!

Ihre Teilnahme an unserem Projekt ist freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme jederzeit widerrufen. Hierzu müssen sie ggf. lediglich Ihre/-n Bezugstherapeutin/-en schriftlich und formlos über Ihren Widerruf informieren. Im Fall der Teilnahme haben Sie keine rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteile zu erwarten, ebenso ergeben sich keine negativen Konsequenzen für Sie, falls Sie Ihre Teilnahme verweigern. Wir bitten Sie jedoch herzlich, der Erfassung, Übermittlung und Verarbeitung Ihrer Daten zuzustimmen.

Unser Ziel ist es, Ihre Behandlung und Versorgung so gut wie möglich zu gestalten. Haben Sie bereits jetzt vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Information zur geplanten Untersuchung erhalten haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Anhang L

Einwilligungserklärung



Universität Regensburg

Abteilung für Forensische
Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Regensburg
Leiter: Prof. Dr. med. M. Osterheider

Projekt „Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern“

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich,

.....,

(Name, Vorname in Blockbuchstaben)

mich bereit, an der Studie „Evaluation der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Bayern“ teilzunehmen.

Ich erlaube hierdurch alle in der beiliegenden Patienteninformation beschriebenen Aspekte und Verfahrensabläufe der Erhebung, Übermittlung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten (u. a. auch Daten über die Gesundheit).

Ich bin mit Hilfe der beiliegenden Patienteninformation über Zweck, Ablauf und Inhalte der Studie aufgeklärt worden. Die Bedingungen des Projekts und meiner Teilnahme daran habe ich verstanden und akzeptiere sie. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen durch informelle, schriftliche Information meiner/-s Bezugstherapeutin/-en widerrufen kann. Es entstehen mir keine Vorteile aus der Teilnahme und keine Nachteile, falls ich mein Einverständnis widerrufen sollte.

Ein eigenes Exemplar der Patienteninformation habe ich erhalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des (einsichtsfähigen) Patienten

DANK

Eine empirische Studie ist nicht möglich ohne Daten, die erhoben, eingegeben und verarbeitet werden. Deshalb danke ich zuerst allen Patienten, die sich zur Verarbeitung ihrer Daten bereit erklärt und damit die Basis für das Projekt geschaffen haben.

Mein herzlicher Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der bayerischen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen, die über lange Zeit ausdauernd und bereitwillig Daten zu ihren Patienten erhoben haben und mit denen sich immer wieder kleinere und größere Herausforderungen in freundlichen, entgegenkommenden Kontakten haben bewältigen lassen.

Danke auch an die Leiterinnen und Leiter der bayerischen Maßregelvollzugskliniken und die Leiterinnen und Leiter der zugehörigen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen für deren Unterstützung und Mittragen der Evaluation.

Ein großes Dankeschön gebührt Herrn Dr. Alexander Schmidt, der sich frei- und bereitwillig erklärt hat, als Treuhänder das Evaluationsprojekt aus datenschutzrechtlicher Sicht möglich zu machen. Danke für die große Unterstützung in Form von ausdauernder Zuweisung und Verwaltung der Patientencodes und für viele unkomplizierte, geduldige und mitunter sehr humorvolle Kontakte zur Lösung verschiedener Unklarheiten.

Ich möchte mich außerdem herzlich bei allen studentischen Hilfskräften sowie Praktikantinnen und Praktikanten bedanken, die viel Zeit, Akribie und sicher auch einige Nerven darauf verwendet haben, die Daten für „EFA“ einzugeben, zu überprüfen und zu bereinigen.

Vielen Dank an Prof. Dr. Michael Osterheider als Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg und das Referat IV 5 des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration – hier gilt mein Dank insbesondere dem ehemaligen Leiter Herrn MDirig Karl-Heinz Arians und Frau Dr. Christine Bollwein, mit der sich in zahlreichen angenehmen, unkomplizierten Kontakten vielerlei Fragen stets offen und wohlwollend klären ließen – für die Unterstützung und Förderung meiner Promotion im Rahmen des Evaluationsprojekts.

Mein besonderer Dank gilt meinem langjährigen Mentor, Herrn PD Dr. Andreas Mokros. Ihm gebührt herzlicher Dank dafür, dass er sich nicht nur freiwillig bereit erklärt hat, mich bei der Arbeit zu betreuen und mich bei inhaltlichen, methodischen und Korrekturfragen zu unterstützen, sondern hierbei immer zugewandt, geduldig und mit

beeindruckender Kompetenz jederzeit und bei jeglichen Fragen für mich ansprechbar war.

Ferner möchte ich mich herzlich bei Prof. Dr. Klaus W. Lange bedanken für die Betreuung meiner Arbeit als Doktorvater und seine interessierte, geduldige und stets wohlwollend-fördernde Begleitung der Arbeit.

Zuletzt, dafür mit umso mehr Herz, möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken. Danke, dass Ihr mich immer wieder motiviert und wenn nötig eingebremst habt, Euch mit mir am Fortschritt der Arbeit gefreut habt, dass Ihr Verständnis hattet, wenn „EFA“ mich mitunter ziemlich eingenommen hat und dass Ihr – persönlich und fachlich – immer ein offenes Ohr für mich hattet und habt und für mich da seid!